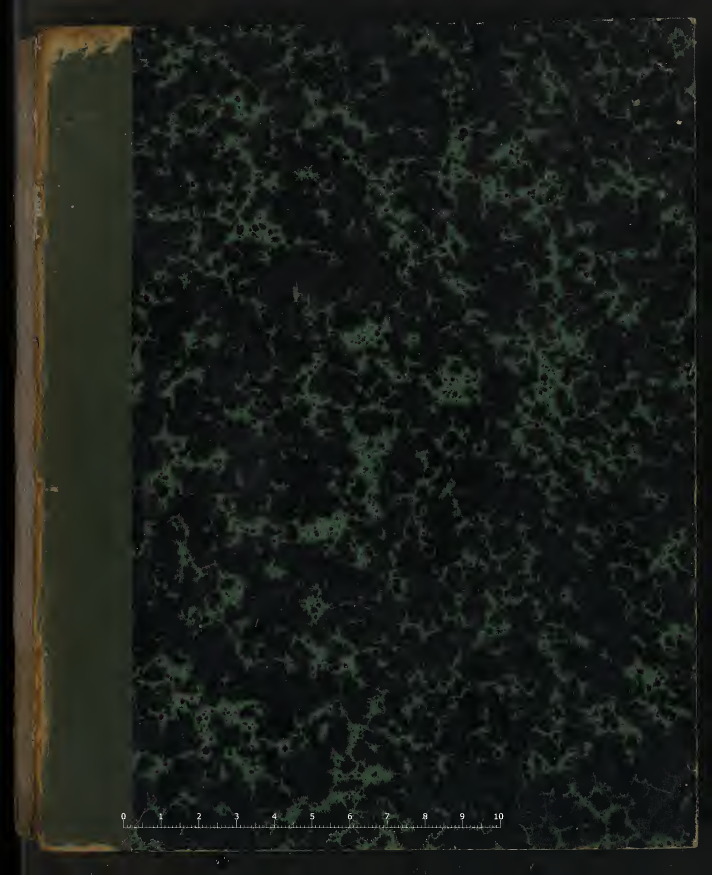






14e Leçon.

Mardi, 21 janvier 1868.

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui de la mélancolie considérée en général. A la fin de la dernière séance, j'ai eu le soin de vous indiquer, en termes généraux, que dans toutes les aliénations partielles, il existait un fond général de maladie, que c'était là la partie principale à considérer dans la description de cette affection, indépendamment des idées délirantes, qui seules ont attiré l'attention des observateurs. Il y a en effet dans les aliénations dépressives comme dans les aliénations expansives, un état général de maladie qui s'observe aussi bien dans la sensibilité que dans l'intelligence et dans les mouvements, c'est-à-dire dans l'ensemble de l'être humain, et qui mérite d'attirer l'attention. C'est sur ce fond de maladie que se développent plus tard les idées délirantes qui constituent la partie saillante de l'état maladif.

Dans la mélancolie surtout ce fond est remarquable et mérite de fixer notre attention. Il porte principalement sur les phénomènes de la sensibilité morale.

Qu'est-ce, en effet, qu'un mélancolique ? Comme ce mot l'indique, c'est un être qui se sent malheureux, qui est atteint d'une douleur morale, d'une anxiété générale qui le porte à se désespérer, à se désoler, à se sentir malheureux sans aucune cause, en dehors de toute influence extérieure. Cet état qui a été décrit par les philosophes et par les romanciers, dans toutes les situations difficiles de la vie humaine, se reproduit avec des caractères morbides chez les aliénés.

Or, quels sont ces caractères ? Ils consistent dans un sentiment de douleur profonde, d'anxiété vague que le malade éprouve, et dont certains mélancoliques rendent compte avec des expressions très variées et très pittoresques. Les mélancoliques qui ont conscience de leur état, vous racontent par exemple qu'ils sont effrayés, qu'ils ont peur sans savoir pourquoi, comme le disait une malade à Esquirol. Ils se sentent désespérés, malheureux, dominés par un sentiment de

tristesse qui n'a pas sa cause dans le monde extérieur. Tel est le fond principal de la mélancolie. Les malades ressentent les impressions extérieures d'une autre façon qu'à l'état normal. Le monde entier leur semble comme recouvert d'un voile lugubre, sombre. Ils perçoivent toutes choses à travers un prisme qui grossit les objets à leurs yeux et en altère pour eux la véritable impression.

Ils décrivent eux-mêmes cet état avec beaucoup de perspicacité; quand on les interroge avec attention, on peut obtenir d'eux, à cet égard, les renseignements les plus détaillés. C'est comme un sentiment vague d'ennui, de désespoir et de découragement qui s'est emparé de tout leur être et qui, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, est arrivé tout à coup à un degré maladif. Le fond de la mélancolie est donc la douleur morale. Le malade a en partie conscience qu'il est métamorphosé; cependant, il ne peut croire que ce soit en lui-même que réside la véritable cause de ce changement. Il ne tarde pas dès lors à l'attribuer au monde extérieur qui l'environne. Plutôt que de la chercher en lui-même, il la cherche au dehors. Le monde entier le blesse, le heurte, l'impressionne péniblement; il accuse alors, ou bien les

objets extérieurs ou les personnes qui l'entourent; il croit qu'on lui en veut, qu'on le poursuit, qu'on cherche à lui nuire; il attribue en un mot aux personnes qui l'entourent cette métamorphose qui s'est produite en réalité en lui-même sous l'influence de la maladie.

Il résulte de ces accusations contre le monde extérieur une disposition à le fuir, à se retirer dans la solitude, dans l'isolement, à rechercher la tranquillité, le calme et même l'inaction la plus complète. Les malades abandonnent donc leurs occupations, les devoirs de leur profession, toute leur vie habituelle. Ils se renferment chez eux, restent dans leur appartement, et souvent même dans leur lit, en un mot, ils fuient le monde et se retirent dans la solitude la plus absolue. Dans d'autres circonstances, au contraire, au lieu de se séquestrer du monde entier, ils éprouvent le besoin de répandre au dehors, par des mouvements vifs et violents, l'activité intérieure qui les domine.

Le malade s'est-il réfugié en lui-même croyant trouver une consolation dans sa propre personnalité, il n'y trouve au contraire qu'une véritable souffrance. Il est en présence de son moi

et de la personnalité c'est-à-dire de la douleur. Les mélancoliques se disent eux-mêmes; après avoir fui le monde ils sont désespérés de ne pouvoir se fuir eux-mêmes. Le colloque perpétuel de l'âme humaine avec elle-même au sein de la douleur, est la situation la plus pénible que l'on puisse imaginer et dans la mélancolie c'est l'état ordinaire et même constant. Cette maladie noire, comme on l'a dit quelquefois, qui tourne vers le chagrin l'esprit et le cœur de ces malades, les porte à rechercher dans leur passé, dans les circonstances extérieures ou en eux-mêmes la cause de cet état nouveau qui les afflige. Aussitôt que l'âme humaine est affligée d'une douleur indéterminée, elle ne tarde pas à découvrir elle-même des motifs vrais ou faux pour l'expliquer. S'il remonte dans son passé, le mélancolique trouve des raisons pour s'accuser lui-même. Il recherche les choses les plus insignifiantes dans sa vie passée, il y trouve des motifs de désespoir de culpabilité; il s'accuse, se croit coupable, se reproche les actes les plus insignifiants qu'il a commis autrefois; il entre en un mot dans la voie du délire religieux, du délire d'humilité, du délire de damnation.

D'autres fois, ses dispositions se tournent contre

les personnes qui l'entourent. Le malade ne voit alors partout que des ennemis; il éprouve des sentiments de répulsion pour ses parents, pour ses amis les plus intimes, pour ceux qui l'entourent et se croit tourmenté, persécuté, et poursuivi par tous. C'est là un trait principal de la mélancolie, sur lequel je reviendrai avec quelques détails dans la prochaine séance. Le malade se croit entouré d'ennemis, et selon le milieu dans lequel il a vécu et selon l'époque sociale, ces ennemis ou ces causes de persécution varient à l'infini. Au moyen-âge, c'était l'idée du diable, la sorcellerie, la magie, les sciences occultes qui dominaient l'esprit des aliénés persécutés; à l'époque actuelle, ce sont des idées de persécution par la police. Ils croient qu'on leur en veut, qu'ils ont des ennemis, qu'ils sont victimes d'un système général de persécution; ils accusent la police, leurs meilleurs amis, leurs parents d'être la cause de leur malheur et de leurs souffrances.

Quelquefois encore le délire mélancolique prend une autre direction. Le malade se croit poursuivi pour un crime imaginaire; il se persuade qu'il va être traduit devant les tribunaux, poursuivi par la justice, conduit à l'échafaud; il redoute la mort, se plaint

d'une persécution injuste et craint une condamnation. D'autres fois, ce sont des idées de ruine qui remplacent les idées de persécution ou de culpabilité sur ce fond de tristesse et d'oppression germent ainsi, peu à peu, les idées délirantes, produit de ce sol maladif, et qui varient selon les individus, selon les situations, et selon les époques sociales. Mais le fond mélancolique qui persiste toujours est la chose la plus importante dans la description de cet état mental; car il a existé, dans tous les temps, et on le retrouve dans tous les pays, chez tous les individus, malgré la diversité des idées délirantes.

Les dispositions de la sensibilité morale se portent sur les penchants. Les malades ont des sentiments de haine, de défiance, de jalousie, de répulsion pour le monde extérieur. Ils croient que ceux qui les entourent leur en veulent et cherchent à leur nuire; ils deviennent soupçonneux et défiants. Cette disposition des sentiments et des penchants est très importante à constater, car elle entraîne à sa suite des actes violents. C'est dans ces conditions en effet qu'on voit les malades se porter, non-seulement à des actes violents mais même à l'homicide, au meurtre, à l'incendie, en un mot à des actes dangereux contre les personnes qui les entourent. L'homicide

est un fait assez fréquent dans le délire de persécution et dans le délire mélancolique en général. D'autres fois, c'est contre lui-même que le malade porte sa violence et le suicide devient alors le fait dominant de la maladie, comme je vous le dirai dans la prochaine séance en parlant des variétés de la mélancolie.

La volonté se ressent également de cet état général de la sensibilité. Qu'est-ce que la volonté? C'est cette force particulière de l'âme humaine qui nous pousse à l'action. Or, comme vous le savez, Messieurs, nous avons sans doute la possibilité de vouloir un acte spontanément par caprice en quelque sorte, par un simple jeu de notre volonté; mais dans la plupart des cas, ce n'est pas ainsi que s'accomplissent les actions humaines. Les actes humains sont déterminés par des mobils tirés des sentiments ou de l'intelligence. Or, chez les mélancoliques, il y a deux ordres de lésions de la volonté. Dans certains cas la volonté est malade dans son ensemble; le mélancolique ne peut plus vouloir; il est indécis, embarrassé pour prendre la plus simple décision; il reste dans un cruel embarras, et à force d'hésiter, il n'agit pas; c'est là la lésion la

plus générale de la volonté. Mais, dans d'autres cas, au contraire, le malade se sent poussé comme malgré lui à agir, et il agit alors dans le sens de sa disposition mélancolique. Il y a donc deux modes d'action de la volonté chez les mélancoliques; dans l'un le malade éprouve le besoin continuel de se plaindre, de gémir; il se lamente à haute voix et publiquement; il ne cesse de répéter les mêmes paroles, les mêmes mots, et de faire connaître à tous son malheur et son désespoir. Il se plaint à tous moments, dans le monde comme dans la solitude; il évapore, en quelque sorte, dans ses manifestations bruyantes, ses sentiments de désespoir qu'il ne peut renfermer en lui-même.

Dans quelques circonstances, la volonté prend un but ou un objet déterminé et c'est contre une personne ou contre certain objet extérieur en particulier que se dirige la volonté maladive de l'aliéné. Ce sont les cas les plus dangereux de tous. C'est alors surtout que surgissent les penchants à la violence et à la destruction dont je vous ai déjà parlé pour la folie raisonnante, et qui surgissent surtout dans les états mélancoliques. Le malade commet alors d'incendie, ou d'homicide, et souvent aussi arrive au suicide.

Esquirol a déjà dit qu'il existait deux variétés dans la mélancolie : la mélancolie concentrée et la mélancolie active ; l'une qui conduit à l'inaction et au mutisme ; l'autre qui pousse à une agitation vague et indéterminée, ou bien à certaines actions parfaitement précisées, comme le suicide et l'homicide. Ces deux formes de la réaction psychique dans la mélancolie nous fourniront l'élément principal pour la formation des variétés dont je vous parlerai dans la prochaine séance.

Après les lésions de la sensibilité et de la volonté viennent celles de l'intelligence. L'intelligence des mélancoliques subit des altérations correspondantes à celles des autres facultés. Les mélancoliques pensent peu ; ils ont très-peu d'activité dans l'esprit ; leur intelligence est ralentie ; le cercle de leurs idées est très-rétréci, et le cours en est extrêmement ralenti. En un mot, ces malades ne pensent presque pas, et ayant conscience de cette lenteur extrême de leurs conceptions, ils s'en affligent et s'en désolent. La plupart d'entre eux vous disent : "je ne suis plus ce que j'étais autrefois ; je ne suis plus capable

penser, de lire, de travailler ; je suis devenu presque imbécile, ou idiot ; mon intelligence est complètement affaiblie ; je ne suis plus capable de rien." En effet, Messieurs, toute l'intelligence qui leur reste est concentrée sur certaines idées déterminées. La direction d'esprit des mélancoliques ne peut sortir de ce cercle étroit de conceptions délirantes ; ils répètent à tout venant et à tout moment les mêmes idées, les mêmes sentiments, les mêmes émotions ; ils passent leur vie, jour et nuit, à se répéter constamment à eux-mêmes les mêmes idées tristes ou les mêmes pensées sinistres ; ils ne peuvent sortir de ce cercle restreint de conceptions ou de sentiments tristes et pénibles.

Cependant Esquirol a eu tort de caractériser l'état mélancolique en disant que les mélancoliques avaient l'esprit concentré sur certaines conceptions délirantes et que leur attention est exagérée. Cela n'est pas rigoureusement exact. Sans doute ils s'occupent principalement de certaines idées délirantes ; mais, comme mon père l'a dit avec beaucoup de raison, ces malades sont plus absorbés qu'attentifs, plutôt dans la confusion générale que concentrés d'une manière continue sur une certaine série particulière d'idées. C'est, en un mot, un état général de trouble, de confusion

et d'affaissement de l'intelligence. Cependant, il y a chez eux des idées dominantes, et c'est ici que vient se placer la partie de la description de la mélancolie sur laquelle on a surtout fixé l'attention.

On a dit et imprimé, par exemple, que les mélancoliques étaient dominés tantôt par des idées de ruine tantôt par des idées de culpabilité, de persécution; d'autres fois, enfin, par des idées religieuses et que ces idées dominantes étaient la véritable cause de leur tristesse. Parler ainsi, c'est intervertir l'ordre naturel des phénomènes. En réalité, c'est la tristesse qui précède; les idées délirantes ne sont que consécutives et produites par la disposition générale à la tristesse, à l'anxiété et à la défiance. Pour être, dans le vrai de l'observation, il faut donc renverser l'ordre des phénomènes. C'est après un temps plus ou moins long passé dans la mélancolie générale que surgissent des idées ~~déterminées~~ délirantes, qui prennent alors une forme déterminée et se systématisent peu à peu dans l'esprit des malades. Pour bien étudier la mélancolie, il ne faut jamais perdre de vue cet état général de la sensibilité et de l'intelligence pour ne s'occuper que

les conceptions qui germent sur le fond général de l'intelligence. Cette réflexion générale est applicable du reste aux mélancoliques comme à tous les autres aliénés partiels.

Après ces considérations générales sur l'état vague d'affaissement et de tristesse chez les mélancoliques, il faut maintenant parler de l'état de leurs fonctions nerveuses. Je commencerai par la sensibilité. Chez ces malades la sensibilité physique est altérée comme la sensibilité morale. Ils éprouvent un sentiment général de lassitude, de fatigue et d'affaissement. Leurs forces sont comme épuisées; ils ont la plus grande difficulté à se mouvoir, à quitter la place où ils se trouvent. C'est pourquoi, très fréquemment, ils restent au lit. Non-seulement ils ont de la lassitude, mais ils ressentent des douleurs véritables, des sensations pénibles dans le physique comme dans le moral; ils sont non-seulement tristes, mais douloureusement affectés au moral et au physique. Dans ces dernières années les auteurs allemands ont insisté davantage sur ces phénomènes, notés déjà par d'autres auteurs. Griesinger et Schüle, dont je vous ai déjà parlé, (dans une monographie intéressante sur la folie

névralgique) ont étudié particulièrement les lésions de la sensibilité générale chez les aliénés, surtout chez les mélancoliques ; ils ont constaté des faits curieux. En effet, dans beaucoup de formes de la mélancolie, quand on étudie attentivement, on observe des phénomènes nerveux très-variés qui souvent même précèdent les accès. On voit par exemple des malades éprouver une sorte d'*aura*, comme dans l'épilepsie. Dans les yeux il y a une sensation de vertige, de tournoiement, de rotation des objets extérieurs, et souvent des névralgies sus ou sous orbitaires, qui précèdent un accès, un paroxysme de mélancolie. Ces phénomènes ont été passés sous silence dans beaucoup d'observations, mais ils méritent de fixer l'attention et les malades eux-mêmes vous les racontent volontiers. On voit ainsi des phénomènes nerveux précéder et accompagner les accès. Ces phénomènes peuvent partir de l'épigastre, le malade accuse fréquemment lui-même une anxiété précordiale extrême, une oppression à la base de la poitrine, un sentiment de gêne au cœur ou dans la respiration, qui détermine une sorte de suffocation. Le malade éprouve le besoin de faire de fréquents

soupirs, comme pour échapper à l'anxiété physique qui le domine. Beaucoup de mélancoliques présentent ces symptômes non-seulement au début, mais pendant tout le cours de leurs accès. C'est une lacune laissée par beaucoup d'observateurs.

Ces phénomènes peuvent partir des bras, des jambes, et quelquefois des organes génitaux. On a vu des malades ~~constater~~ ressentir, au début de leurs accès, comme les épileptiques, une sensation douloureuse qui part de certains points ~~et s'étend~~ toujours ensuite toujours dans la même direction chez le même malade. On peut appliquer aux mélancoliques la théorie des points douloureux établie par Valleix et reconnue par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Les malades peuvent parfaitement indiquer ces points douloureux; ils les décrivent et mettent ainsi l'observateur à même de le constater.

Dans d'autres cas, c'est de l'anesthésie qu'on observe, une anesthésie partielle ou plus ou moins généralisée. Ces phénomènes existent surtout chez les hystériques, chez les hypochondriaques et dans des cas où la mélancolie est liée à des maladies nerveuses, telles que

l'épilepsie, la chorée, ou à des névropathies générales comme la catalepsie et le somnambulisme; dans tous ces cas, on constate des phénomènes d'anesthésie coïncidant avec un trouble mental de nature mélancolique.

Les hallucinations et les illusions sont également fréquentes, surtout dans certaines variétés de mélancolie. Ainsi, dans le délire de persécution, qui est une des variétés les plus fréquentes, les hallucinations de l'ouïe sont presque constantes, surtout dans la seconde période. Le malade, après avoir été préoccupé d'idées de persécution, arrive peu à peu à croire qu'il entend ses persécuteurs lui dire des injures, des choses pénibles, désagréables, ou le menacer. Dans d'autres cas, ces voix, au contraire, disent des bêtises; le malade croit qu'on se moque de lui, qu'on le tourne en ridicule. Cela se présente également dans d'autres formes de la mélancolie. Les mélancoliques avec stupeur, sur lesquels M. Baillarger a fait des travaux intéressants et qui présentent du reste des degrés très-nombreux, sont presque constamment caractérisés par les hallucinations. Ces malades plongés dans une inertie profonde, ne proferent pas une seule parole.

dans l'immobilité la plus absolue, en quelque sorte transformés en statues. Les malades, dis-je, ont un délire intérieur analogue à celui des rêves, dans lequel ils croient entendre ou voir des choses effrayantes, des fantômes, des spectres, des personnages terrifiants qui les immobilisent. Quand plus tard ils sont guéris, ou pendant leur convalescence, on obtient d'eux des renseignements circonstanciés sur les voix qu'ils croyaient entendre ou sur les fantômes qui les terrifiaient.

Les hallucinations existent également dans les diverses variétés de la mélancolie religieuse. Les malades ont des hallucinations de la vue, des apparitions d'anges, de la Sainte Vierge, de Dieu lui-même qui se montrent à eux et qui souvent leur donnent des ordres, soit par des gestes, ce qui est le plus ordinaire, soit même à l'aide d'une voix qui se fait entendre au milieu de l'apparition, chose beaucoup plus rare.

Les illusions sont également fréquentes, mais elles se confondent, en quelque sorte, avec le délire, et il est très-difficile de distinguer si un mélancolique présente une simple conception délirante, une hallucination, ou s'il est victime simplement d'une illusion, comme je vous l'ai déjà dit, Messieurs, dans une leçon générale. L'illusion

n'est qu'un faux jugement à l'occasion d'une sensation réelle. Or, il est souvent très difficile de savoir avec certitude si l'aliéné éprouve réellement oui ou non une sensation. Comme il a l'oreille très fine, le mélancolique peut très bien entendre au loin un bruit de cloches ou une conversation qui échappe à l'attention des assistants et qui devient pour lui l'occasion d'une illusion. Quelquefois, cependant, il s'agit d'une pure conception délirante; le malade croit entendre des personnes dire du mal de lui, ou se moquer de lui, et il est difficile de savoir s'il entend réellement quelque son, ou si c'est une hallucination complète qui s'est produite. La distinction entre les conceptions délirantes et les hallucinations ou les illusions est donc souvent très difficile. Quoi qu'il soit, dans la mélancolie ces illusions sont fréquentes: ces malades interprètent ainsi la plupart des sensations qu'ils éprouvent. Quand ils voient auprès d'eux une personne qui les effraie, ils s'imaginent qu'elle vient les chercher pour les mener en prison ou à l'échafaud; ils croient reconnaître un employé des prisons ou le bourreau lui-même. D'autres fois, ils croient voir des ennemis

dans les personnes qui les entourent. Les personnes qu'ils voient chaque jour se transforment ainsi à leurs yeux, cessent d'être elles-mêmes, pour devenir des personnages imaginaires auxquels l'aliéné attribue telle ou telle persécution. Les illusions sont aussi fréquentes que les hallucinations dans la mélancolie et se produisent dans les mêmes conditions.

La perversion ou le trouble des mouvements est également important à noter. Les mouvements sont lents, frappés de torpeur, comme l'intelligence dans la mélancolie. Les malades ont beaucoup de peine à se mouvoir; ils éprouvent le besoin de rester dans une inaction entière, dans l'immobilité la plus absolue; ils se tiennent dans un coin, la tête baissée, sans livrer à aucun mouvement, sans prononcer aucune parole; ils sont, sous ce rapport, l'opposé des maniaques. Quand ils arrivent aux périodes extrêmes de la mélancolie, par exemple, à la stupeur, ils peuvent passer des journées, des semaines et des mois dans l'immobilité la plus absolue. Dans les asiles ces malades se tiennent à l'écart, ne profèrent aucune parole, ne répondent pas aux questions qui leur sont adressées, dans l'inaction la plus complète, sans même se livrer aux mouvements les plus nécessaires à la vie. Par exemple, ils ne viennent pas à l'heure des repas;

ils ne veulent pas se lever ou se coucher, il faut les conduire comme des enfants, les faire manger, leur faire accomplir les mouvements les plus nécessaires à la conservation de la vie. Il y a, sous ce rapport, des degrés nombreux que j'indiquerai dans la prochaine séance, en vous parlant de la mélancolie avec stupeur.

Les mouvements peuvent aussi être accompagnés de raideur. Dans certaines variétés de la mélancolie, on observe des contractures partielles ou des phénomènes presque cataleptiques. Quand on place le bras du malade dans une situation donnée il reste immobile des heures entières sans faire aucun mouvement tel qu'on l'a placé. Ce n'est pas là de la véritable catalepsie; c'est une catalepsie volontaire tenant à l'état général d'inertion du système musculaire. Le malade, pour ne pas se mouvoir, reste dans la situation où on l'a placé. Dans quelques cas, cependant, il y a catalepsie réelle, accompagnée d'un certain degré de raideur; le bras reste dans la position qu'on lui a imprimée et il est même difficile de le faire changer de position; il y a demi-contracture, cela se voit, par exemple, dans certaines formes de névroses accompagnées de trouble mental mélancolique.

Après les lésions des mouvements viennent les altérations des fonctions organiques. La plupart des mélancoliques sont amaigris; chez eux la nutrition se fait très-mal. Ils sont pâles, jaunes, et maigrissent alors même que les fonctions digestives s'accomplissent avec assez de régularité, à plus forte raison quand il y a, comme je vous le dirai, de leur part refus d'aliments. La nutrition est altérée dans son ensemble, la peau est sèche et jaune; quelquefois même, aux extrémités qui sont froides, elle est bleuâtre, et comme cyanosée, dans la période de stupeur. Les malades paraissent plus âgés qu'ils ne le sont: leur physionomie est altérée. Non-seulement ils sont amaigris, mais le masque de leur physionomie est changé; le regard est fixe, quelquefois immobile par suite de la contraction des muscles de l'œil. La physionomie est complètement tombée, les traits sont affaissés, la figure est à la fois abaissée et élargie. Dans certaines circonstances, il en résulte un masque particulier qui caractérise essentiellement la mélancolie dépressive avec inaction et prostration profondes.

Les fonctions digestives sont très-souvent altérées. Presque toujours, dès le début, la plupart des malades

ont des troubles dans la digestion. Les troubles sont analogues à ceux de l'hypocondrie. L'appétit est diminué, la langue est sale; il y a constipation, fréquemment dyspepsie, douleurs pendant la digestion et des flatuosités, le ventre est tympanisé; les fonctions digestives sont lentes; le malade n'a pas digéré à la fin de la journée le repas du matin. De cette altération des fonctions digestives résulte, comme degré extrême, le refus des aliments qui mérite d'attirer notre attention particulière. Il est dû à des causes très-diverses psychiques et physiques. Les causes psychiques sont nombreuses et tiennent à la forme du délire. Dans quelques cas, le délire d'empoisonnement domine. Le malade craint d'être empoisonné; il a dans la cavité buccale des sensations styptiques qui lui font croire à la présence de poisons, et lorsque les aliments sont introduits dans la bouche, il croit reconnaître des substances nuisibles.

Dans d'autres circonstances, c'est l'idée de suicide qui détermine le refus des aliments. Les malades veulent se laisser mourir de faim. Ils ont à cet égard une force de volonté énorme, et

malgré les tortures auxquelles on les soumet, ils passent des semaines, des mois, et même plus longtemps encore refusant absolument les aliments. Il faut que le médecin intervienne pour violenter leur volonté et les forcer, malgré eux, à prendre de la nourriture; autrement ils mourraient de faim comme cela arrive encore quelquefois non-seulement dans les familles, mais même dans les asiles, malgré les soins qu'on apporte à cette nutrition artificielle.

D'autres fois, c'est en vertu d'une hallucination impérative que le malade refuse des aliments. Beaucoup de mélancoliques obéissent à des voix impérieuses, à des voix divines, à des voix religieuses, à des voix diaboliques ou à des voix humaines de personnes qui les dominent, soit par la crainte, soit par la terreur, soit par des idées religieuses et qui leur imposent de s'abstenir d'aliments. Ils entendent des voix qui leur disent de ne pas manger, et ils obéissent avec une docilité qui va jusqu'au martyre.

D'autres fois enfin, les aliénés sans hallucination refusent de manger par suite de motifs religieux; ils s'imaginent qu'ils doivent faire abstinence et ils se condamnent à la privation de nourriture pour

expier des fautes ou des péchés imaginaires. Alors leur force de résistance est excessive comme cela a toujours lieu quand il s'agit d'idées religieuses; le malade est prêt à subir tous les supplices plutôt que de manquer à la conviction religieuse qui le domine.

Mais, dans un grand nombre de cas, ce n'est pas à la suite d'idées délirantes que le refus d'aliments existe chez les aliénés. C'est là un fait auquel on n'a pas fait assez d'attention. Il y a, en quelque sorte, une perturbation nerveuse générale surtout chez les mélancoliques, qui porte sur la digestion et sur la nutrition, comme sur l'ensemble des fonctions physiques. Cette perturbation nerveuse a pour résultat de modifier toutes les conditions de la nutrition normale. Vous savez tous, Messieurs, que, dans certaines conditions, on perd l'appétit. Les maladies cancéreuses, par exemple, sont souvent accompagnées d'une répulsion toute physique et presque invincible, d'un dégoût insurmontable pour les aliments. Or, le même phénomène se produit dans les maladies nerveuses et les maladies mentales en

particulier. Les aliments ont un goût de terre et inspirent une répulsion profonde. Il y a là un phénomène physique qu'il ne faut pas confondre avec les phénomènes intellectuels et moraux.

D'autres fois, c'est comme un instinct de nature qui, comme je l'ai déjà dit, fait refuser les aliments. On peut comparer cet état à celui des animaux hibernants. Ces animaux, en effet, ont une période très-active dans laquelle ils respirent avec vivacité et ont toutes leurs fonctions surexcitées. Pendant cette période d'activité, ils mangent beaucoup parcequ'ils consomment beaucoup. Pendant l'hibernation, au contraire, leurs fonctions sont ralenties; la consommation est presque nulle, soit par la respiration soit par la transpiration ou par l'activité musculaire. Eh bien, la nutrition suit les mêmes phases et n'a pas besoin d'être aussi considérable; elle peut même être presque nulle.

Or, le même fait se produit chez certains aliénés. Pendant la période d'excitation de la folie circulaire, par exemple, les malades mangent beaucoup; ils ont une voracité excessive; il leur faut réparer rapidement les pertes qu'ils font de toutes parts; mais dans la période dépressive,

au contraire les malades respirent à peine; la perspiration cutanée ne se fait plus; l'urine est très-peu abondante; la déjection n'a presque plus lieu, la constipation est constante, aucune des fonctions de déperdition n'ont lieu, ou bien elles ont lieu très-incomplètement, par conséquent, la nutrition n'a pas besoin d'être aussi considérable pour réparer les pertes. On remarque, en effet, que certains mélancoliques peuvent vivre longtemps en mangeant très-peu.

Il y a sans doute là une limite difficile à préciser, mais cette observation générale doit porter à cette conclusion qu'un médecin ne doit pas toujours forcer les aliénés à manger au même degré que les gens sains d'esprit; il y a une mesure à apporter dans leur alimentation artificielle. Certainement il faut nourrir les aliénés mélancoliques, sans quoi ils mourraient de faim, mais il n'est pas nécessaire de leur ingurgiter, comme on pourrait le croire, une quantité énorme d'aliments, parceque consommant peu, ils n'ont ~~pas~~ besoin de réparer beaucoup.

Les fonctions de respiration sont également ralenties comme les autres. Les mélancoliques respirent

très-lentement, quelquefois même presque pas et sont obligés d'y suppléer par des soupirs, par de grandes inspirations, surtout dans les cas de stupeur profonde où la respiration est à peine sensible.

De même la circulation est extrêmement ralentie, le pouls est très-faible, petit, quelquefois filiforme.

Au point de vue des troubles nerveux du cœur, il survient quelquefois tout à coup chez les mélancoliques des palpitations accompagnant les paroxysmes, des périodes d'anxiété précordiale physique ou morale. C'est au moment des accès, quand la mélancolie est à son summum, que surgissent tout à coup des palpitations, lesquelles déterminent des suffocations momentanées. On pourrait croire alors à une maladie organique de cœur qui n'existe pas réellement. Ce sont des phénomènes nerveux qui se produisent dans la circulation et dans le cœur comme dans les autres organes.

Le sommeil est très-souvent troublé chez les mélancoliques comme chez les maniaques, surtout au début, dans la période aiguë. Alors les malades dorment peu, et quand ils dorment leur sommeil est insuffisant et incomplet; les malades, même après avoir dormi quelques

heures, déclarent le matin n'avoir pas dormi. En effet, leur sommeil est très imparfait, c'est un demi-sommeil durant lequel le malade peut encore assister jusqu'à un certain point aux choses de dehors. Il y a de plus des rêves, des cauchemars pénibles qui effraient et réveillent en sursaut; ils se mélangent avec des hallucinations de telle sorte qu'il est souvent impossible de les en distinguer. Les malades racontent des hallucinations de la vue qui ne sont souvent que des cauchemars du sommeil ou des cauchemars survenus au moment du réveil, dans le passage du sommeil à la veille, comme l'a fort bien étudié M^r. Baillarger. Il faut être en garde sur ce point et savoir que les rêves ou les cauchemars produits pendant le demi-sommeil peuvent être pris pour des hallucinations vraies.

A mesure que la mélancolie progresse, que la période chronique survient, le sommeil peut devenir profond. Les mélancoliques chroniques dorment beaucoup, et pour ainsi dire toujours, non-seulement la nuit, mais une partie du jour. Le retour du sommeil à ce degré de la somnolence est un très mauvais signe, et une preuve du passage à l'état

chronique.

Les fonctions génitales sont également fréquemment troublées chez les mélancoliques. Chez l'homme le sommeil est presque complet; l'impuissance est presque absolue, morale en même temps que physique. Les malades n'ont aucun instinct génital et n'ont même pas l'aptitude à la génération. Chez les femmes ce sommeil physiologique des fonctions génitales est plus difficile à constater, mais il y a des troubles dans la menstruation, les règles sont presque toujours supprimées ou profondément troublées. En thèse générale, les fonctions génitales sont affaiblies chez les femmes comme chez les hommes; c'est le contraire de ce que nous avons constaté dans l'état maniaque.

Certaines maladies coïncident souvent avec la mélancolie, par exemple la phthisie. On voit souvent des phthisiques devenir mélancoliques ou réciproquement. Esquirol avait admis une sorte d'alternance entre ces deux maladies; mais c'est plutôt une aggravation qui résulte pour les mélancoliques de la production de la phthisie pulmonaire. Fréquemment, en effet, on amène dans les asiles des mélancoliques dont la nutrition est incomplète

qui sont très amaigris et qui présentent des signes de tubercules; alors, comme dans la manie, les deux maladies peuvent suivre leur marche parallèlement ou bien alterner en quelque sorte. Quand il survient de la fièvre ou des sueurs nocturnes ou de l'expectoration purulente, la mélancolie diminue; au contraire lorsque la maladie pulmonaire perd de son intensité, la mélancolie augmente. Cependant il n'y a pas de règle absolue à cet égard et le plus souvent les deux maladies marchent de front jusqu'à la mort.

On observe aussi chez les mélancoliques des altérations plus profondes des fonctions digestives, des diarrhées colliquatives, des entérites chroniques qui dans beaucoup de cas amènent la mort des aliénés. Il faut donc étudier ces états généraux de maladie qui peuvent coïncider avec le trouble mental. Les médecins somatistes allemands ont beaucoup insisté sur les relations possibles entre les maladies des organes du bas ventre et la mélancolie. Les anciens médecins avaient déjà attiré l'attention sur ce point et le mot même de mélancolie qui signifie bile noire, indiquait un lien pathologique entre les maladies bilieuses, les

maladies du foie et les maladies mentales de forme mélancolique.

Il y a souvent chez les mélancoliques des troubles des fonctions hépatiques tels que vomissements bilieux, des diarrhées de même nature, et surtout des arrêts ou des irrégularités dans la circulation abdominale, dans celle de la veine porte, qui se manifestent par des congestions locales dans divers organes du bas ventre et par l'anxiété abdominale qui souvent tourmente les hypocondriaques et les mélancoliques. On voit aussi souvent se produire le gonflement du ventre, de la tympanite, des flatuosités, en un mot des phénomènes qui indiquent une perturbation dans les fonctions du foie, de l'intestin, et de la plupart des organes de l'abdomen :

Il importe donc de ne pas négliger les idées admises sous ce rapport par les anciens. Les modernes ont été trop cérébristes; ils ont trop insisté sur l'altération du cerveau comme lésion unique dans les maladies mentales. Certainement le cerveau est toujours malade, primitivement ou secondairement; mais il peut ne l'être que secondairement, et dans beaucoup de cas par exemple la mélancolie peut être attribuée à des maladies autres que celle du cerveau;

par exemple les organes génitaux chez l'homme ou chez la femme; chez celle-ci des maladies de l'utérus de ses annexes ou du col de l'utérus déterminent souvent une véritable mélancolie. Il y a de nombreux exemples de femmes mélancoliques qui ont été guéries en traitant chez elles une maladie de l'utérus ou de ses annexes. Il suffit souvent de placer un pessaire, de redresser le col de l'utérus, de combattre une lésion inflammatoire chronique de l'utérus ou du col, pour voir survenir à la suite la guérison de la mélancolie.

La même chose a lieu chez les hommes, et c'est ce qui a fait le succès de l'ouvrage de Lallemand sur les pertes séminales. Très souvent, en effet, les hypocon=-driaques sont portés au suicide. Lallemand, par son système de cautérisation de l'urèthre, a guéri maintes fois, non-seulement les pertes séminales, mais l'état mélancolique consécutif à ces pertes séminales. Depuis cette époque plusieurs auteurs ont fait des thèses ou des mémoires sur ce sujet. Mr. Lisle, en particulier, a écrit un travail sur les pertes séminales des mélancoliques. D'autres auteurs, dans leurs écrits, ont très-bien établi la relation qui existe souvent

entre les pertes séminales et la mélancolie, et ils ont prouvé que la guérison des pertes séminales suffisait quelquefois pour détruire le penchant à la mélancolie ou au suicide.

Quand il traite un mélancolique, le médecin ne doit donc jamais négliger de faire attention aux troubles des diverses fonctions organiques qui sont quelquefois la cause véritable de la mélancolie. Il faut oublier momentanément la doctrine trop exclusive de Pinel et d'Esquirol, qui ne voulaient voir de mélancolie que dans le cerveau, et qui passaient ainsi sous silence les lésions des autres organes.

Terminons par quelques mots sur la marche de la mélancolie considérée en général. Elle est ordinairement très lente, et presque toujours continue. Vous savez, Messieurs, que la plupart des maladies mentales débutent par un stade mélancolique. La mélancolie précède donc quelquefois la manie, mais la plupart du temps elle progresse lentement et successivement. Après un stade mélancolique plus ou moins long la maladie augmente, passe de l'état vague ou sans délire à l'état de tristesse accompagnée de délire, et elle peut ainsi durer longtemps et même plusieurs années. On peut, en effet, voir survenir la guérison après plusieurs années de maladie. Cependant,

quelquefois, la maladie est intermittente. On ne s'est guère occupé que de la forme continue. On voit des mélancolies intermittentes guérir après quelques mois et se reproduire plusieurs fois pendant la vie des individus. Les intermit=-tences peuvent être de deux jours l'un ou bien se produire à huit ou quinze jours de distance, comme dans la manie.

Une variation importante à noter dans la marche de cette affection, c'est la transformation de la mélancolie en manie. Je vous ai déjà dit, Messieurs, que quand cet état se reproduit régulièrement, il constitue la folie circulaire ou à double forme. Après avoir été pendant six mois, un an ou même deux ans dans un état de dépression mélancolique profonde, le malade change tout à coup d'état mental; il devient maniaque, exalté, se livre à des mouvements désordonnés, arrive à un véritable état d'exaltation maniaque, puis, après un certain temps, retombe de nouveau, peu à peu, dans l'état mélancolique et cette alternative se continue ainsi pendant toute son existence.

Le pronostic de la mélancolie doit varier beaucoup selon les cas. J'indiquerai, dans la prochaine séance, les caractères qui permettent ~~d'indiquer~~ de prévoir quand

la mélancolie sera intermittente, quand elle sera rémittente, et quand elle sera continue. Il n'est donc pas inutile d'appeler l'attention sur les variétés de la marche d'une affection qu'on a présentée à tort comme étant toujours continue, et qui peut au contraire offrir des variations très importantes à connaître pour le pronostic. J'étudierai, dans la prochaine séance, les variétés de la mélancolie, comme je l'ai fait pour l'état maniaque.

15e Leçon.

Samedi, 25 Janvier 1868.

Messieurs,

Après avoir décrit la mélancolie sous une forme générale, je vais parler aujourd'hui des variétés de cette maladie.

Dans l'état actuel de la science, la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette maladie mentale se sont bornés à décrire la mélancolie en général et ont admis seulement parmi les mélancoliques quelques distinctions secondaires, principalement basées sur les idées dominantes ou sur les facultés lésées. En un mot, on a établi ces distinctions absolument comme pour la monomanie et l'aliénation partielle en général. On a admis des mélan=coliques suicides, ou disposés à l'homicide, ou à l'incendie et aux actes les plus violents, des mélancolies religieuses érotiques, des démonomaniaques, des nostalgiques, ou avec désir de retour au pays natal, des mélancoliques avec

stupeur. Telles sont les seules formes que l'on ait distinguées, en dehors des conceptions délirantes prédominantes; mais on ne s'est pas attaché à établir parmi les mélancolies des groupes vraiment distincts basés sur un ensemble de caractères et sur une marche particulière, en un mot, on n'a attaché d'importance qu'à quelques caractères secondaires, et l'on n'a pas pris le fond de la maladie comme base de la classification.

Esquirol avait commencé à établir une distinction parmi les mélancolies de Pinel; il les divisait en deux groupes: les mélancolies proprement dites, avec délire partiel, avec idées tristes, et les mélancolies avec idées gaies, expansives. Pour Pinel, ces deux variétés étaient comprises sous le nom générique de mélancolie; pour Esquirol, il y avait une différence fondamentale, selon la nature gaie ou triste du délire.

Depuis Esquirol, on a cherché à aller plus loin. Mon père, dans ses cours et dans ses livres, a insisté sur l'état général mélancolique, sur ce fait que, chez la plupart des mélancoliques, indépendamment des conceptions délirantes, il existe un fond général de prostration, d'affaissement, de lenteur, des conceptions qui mérite surtout d'attirer l'attention et fait de la mélancolie un délire partiel bien plus étendu qu'on ne l'imaginait.

M^r. Baillarger s'est appesanti également sur ce côté de l'observation et est arrivé à diviser en deux classes les lypémanes d'Esquirol. Il a établi que [dans certains cas,] la [mélancolie] ~~monomanie~~ n'était qu'une [monomanie] ~~mélancolie~~ triste, un délire partiel avec idées tristes persistantes, tandis que, dans d'autres cas, elle pourrait être appelée mélancolie générale, c'est-à-dire avec un trouble très-étendu, dominé par des idées particulières. M. Baillarger a donc fait passer dans la manie [ou] délire général, une partie des faits qu'Esquirol avait réunis à la monomanie triste sous le titre de lypémanie.

On s'est attaché également à établir d'une manière spéciale les mélancoliques avec stupeur, nommés quelquefois stupides. Georget, Esquirol lui-même, les avait confondus dans la démence aiguë; il avait admis que, dans ce cas, le mouvement de la pensée est tellement ralenti qu'il peut être considéré comme suspendu et il avait donné à cet état le nom de stupidité ou d'idiotisme accidentel. Vous verrez qu'il n'en est pas ainsi, et que, dans la plupart des cas, il y a un délire intérieur qui persiste dans cet état.

Pour bien étudier les variétés de la mélancolie,

nous devons admettre trois variétés principales basées sur le fond du délire, sur l'état général bien plus que sur les prédominances. Au lieu de distinguer des mélancoliques religieux, érotiques, démonomaniaques, il est plus clinique d'étudier surtout le fond ou l'état général de la mélancolie. Nous admettrons donc trois variétés de cette maladie :

1° La mélancolie hypocondriaque ou anxieuse ;

2° La mélancolie dépressive ou avec stupeur ;

3° La mélancolie avec prédominance d'idées de persécution ou mélancolie active qui est une transition naturelle au délire partiel expansif.

Je commencerai par la mélancolie hypocondriaque ou anxieuse.

L'hypocondrie a été alternativement placée parmi les névroses et parmi les maladies mentales. Les anciens s'étaient fait une idée particulière de cette maladie, qu'ils avaient considéré comme organique et dont ils avaient placé le siège dans les hypocondres, dans les organes du bas ventre, et ils insistaient beaucoup sur ces phénomènes très-variés. Cette manière de l'envisager avait un très-bon coté. Les modernes ont eu tort de perdre de vue ce point de départ, de faire de l'hypocondrie une pure maladie

mentale, oubliant complètement les phénomènes physiques qui l'accompagnent fréquemment. Aujourd'hui, il faut tenir compte des deux éléments, ne pas négliger le point de vue des anciens, et ne pas abandonner complètement le point de vue des modernes. L'hypocondrie est souvent une maladie nerveuse ayant sa cause ou son siège principal, son origine dans les organes du bas ventre, dans le foie, dans les organes génitaux, dans l'intestin, dans le système nerveux ganglionnaire; plus tard cette maladie devient cérébrale, et consécutivement maladie mentale. Il faut tenir compte de ces deux ordres de phénomènes.

L'hypocondrie, dans la pratique, est surtout caractérisée par des phénomènes physiques. Les malades se préoccupent énormément de leur santé, ils viennent trouver le médecin et se plaignent de douleurs extrêmement variées dans toutes les parties du corps, douleurs qui constituent une sorte de névropathie générale. Les malades éprouvent des palpitations, des essoufflements, des oppressions momentanées; mais ce sont surtout des troubles de la digestion; l'appétit est irrégulier, tantôt vorace, et tantôt au contraire presque nul. Les digestions se font mal; les malades ont des aigreurs, des vomissements, des

éructations fréquentes, des gonflements de l'abdomen, des douleurs nerveuses dans les organes du bas ventre, le foie, les intestins. Ces douleurs sont accompagnées de constipation qui alternent souvent avec la diarrhée. Quelquefois, il y a des troubles dans la circulation abdominale, manifestés par des pulsations que le malade perçoit, qui sont même perceptibles extérieurement au toucher, enfin des troubles dans les organes génito-urinaires.

D'autres fois, ils se plaignent de douleurs dans la poitrine, se croient poitrinaires ou atteints de maladies du cœur, ou d'une maladie du cerveau; ils éprouvent des vertiges, des phénomènes congestifs vers la tête, des sensations de vacuité ou de plénitude aux deux parties latérales de la tête, qui leur font croire qu'ils sont atteints d'une grave maladie cérébrale.

Ainsi, les phénomènes nerveux de l'hypocondrie sont extrêmement variés. Les malades éprouvent des phénomènes nerveux et s'en préoccupent outre mesure. C'est en cela qu'intervient l'élément moral, intellectuel ou cérébral. C'est un second caractère de l'hypochondrie d'éprouver des phénomènes variés dans tous les organes de l'économie, mais d'en exagérer l'importance, d'être dans des dispositions générales à la tristesse qui portent le malade à se préoccuper sans cesse de sa douleur. C'est là le second élément de

l'hypocondrie. On n'est pas hypocondriaque si l'on n'éprouve pas de phénomènes nerveux dans tous les organes et si l'on n'est pas constamment préoccupé de son état. Cette préoccupation est une sorte de réaction du système nerveux ganglionnaire sur le système cérébro-spinal. Les malades, sous le coup de cette émotion pénible, ne peuvent s'y soustraire, y échapper; ils sont constamment préoccupés de leurs souffrances, viennent trouver le médecin, emploient une semaine à faire un traitement pour l'abandonner ensuite et en commencer un autre; ils sont constamment à la recherche des remèdes, mais ne peuvent en constater l'efficacité, car leur maladie, lente dans sa marche, persiste malgré tous les moyens employés pour la combattre.

Non contents de consulter les médecins, ils s'occupent à lire des livres de médecine, et cette lecture faite par des gens incompétents, ne fait qu'augmenter le mal. Ils croient avoir toutes les maladies dont ils lisent la description, et ils arrivent ainsi à se persuader qu'ils ont une maladie mortelle, qui résistera à tous les moyens thérapeutiques; c'est là le fait capital.

Mais, après un long temps passé dans cette

première période de névrose hypocondriaque, il arrive fréquemment que le malade, peu à peu, lentement, arrive à une période ultérieure qui est réellement la mélancolie hypocondriaque. Le passage se fait insensiblement, sans transition brusque, et, de l'hypocondrie névrose surgit l'hypocondrie maladie mentale. Alors les malades, au lieu de se borner à accuser des douleurs nerveuses, et de se préoccuper outre mesure, arrivent à chercher les interprétations; ils ne se contentent plus de dire: je suis malade, j'éprouve des douleurs, des phénomènes maladifs dans divers organes. Ils se demandent la cause mystérieuse, occulte de ces phénomènes nerveux, et la recherchent dans des mobiles délirants, c'est-à-dire qu'ils accusent, par exemple, certains médecins d'avoir voulu les empoisonner; ils croient avoir dans le cerveau des animaux, des médicaments ou des substances délétères qui ont altéré leurs organes; ils croient avoir été soumis à l'influence mystérieuse d'ennemis, qui se sont acharnés à les perdre. Un peu plus tard, ils croient même à des influences plus mystérieuses: la physique, la sorcellerie, l'influence des diables, du magnétisme, de la police. Ils arrivent, par une transition insensible, lente, après un long temps, à une des variétés de délire de persécution.

dont je parlerai, tout à l'heure. —

D'un autre côté, les sensations nerveuses sont interprétées à travers le prisme de la douleur, et, au lieu d'accuser ces douleurs, ces sensations, ils les croient dues à des influences extérieures; ils les croient causées par ces diverses influences dont je parlerai, et arrivent ainsi à un phénomène intermédiaire entre l'illusion et l'hallucination. Le malade ressent vraiment des douleurs, mais il les attribue à un serpent, à un ver, à des animaux placés dans son ventre, ou à des substances toxiques, à un empoisonnement, à une action délétère exercée sur ses organes.

Vous voyez comment on passe de l'hypocondrie névrose à l'hypocondrie maladie mentale, à la mélancolie hypocondriaque.

Mais ces mélancoliques n'ont pas seulement ces tendances à l'hypocondrie physique, ils ont aussi des tendances correspondantes à l'hypocondrie morale, c'est-à-dire qu'ils se préoccupent non-seulement de leurs douleurs physiques, mais de l'état de leur esprit. Ils ont conscience du trouble progressif de leur intelligence; ils s'en affligent, ils s'en alarment et même ils l'exagèrent.

Ayant conscience d'une lutte intérieure dans leur esprit, ils sont péniblement affectés de cette lutte et arrivent, peu à peu, à croire qu'ils vont devenir aliénés ou qu'ils le sont déjà.

Passons donc de l'hypocondrie physique à l'hypocondrie morale. Elle n'a pas été étudiée suffisamment, et cependant elle mérite de l'être. Un certain nombre d'aliénés, surtout dans la pratique civile, présentent en effet ce phénomène singulier d'être constamment préoccupés de leur état mental. Ces malades ont une sorte de dédoublement de la personnalité. Ils sont préoccupés par certaines idées et certaines émotions qui surgissent en eux involontairement; ils en sont préoccupés, et comme ils conservent une partie de leur raison, ils se servent de cette partie de raison qui leur reste pour lutter contre les idées nouvelles qui surgissent. Il s'établit alors en eux un combat, une lutte intérieure, absolument semblable à celle que racontent les auteurs mystiques, à propos des scrupules de conscience, des luttes intérieures qu'on éprouve souvent sous l'empire d'idées religieuses. Cette lutte est tellement pénible, que le malade sent le besoin d'avoir un confident, un confesseur, un médecin auquel

il puisse avouer toutes ses préoccupations pénibles
et demander un remède pour les combattre.

Il y a là un état mental des plus curieux, qui très-souvent, comme je l'ai déjà dit, s'associe à des conceptions délirantes qui ne semblent avoir avec lui aucun rapport, mais qui cependant, cliniquement, sont très-fréquemment liés avec lui. Ces conceptions sont principalement relatives à la crainte du contact des objets extérieurs. Ces mêmes malades qui ont une constante préoccupation de leur état mental, qui se sentent envahis par des impulsions au suicide, à l'homicide, ou bien à avoir des idées étranges, ces mêmes malades, dis-je, ont en même temps, par suite d'une bizarrerie singulière, la crainte de toucher les objets extérieurs. Il arrive fréquemment que ces hypocondriaques rentrent dans cette variété de délires partiels, caractérisé par la crainte du contact des objets extérieurs, par la crainte de la malpropreté, ou de la contagion. Ils n'osent pas toucher surtout les objets métalliques. Ainsi ils craignent pour ouvrir une porte d'en toucher le bouton; ils n'osent pas se servir d'une fourchette, d'un couteau, s'habiller eux-mêmes, toucher leurs

vêtements, dans la crainte qu'ils ne contiennent des substances nuisibles, délétères. Il y a ainsi fréquemment coïncidence entre l'hypocondrie morale et cette variété de délires partiels.

Dans cette situation extrêmement pénible de l'esprit, on ne peut se faire une idée de la lutte perpétuelle que ces malades subissent intérieurement; jour et nuit, ils sont constamment en discussion avec eux-mêmes, soutiennent une lutte désespérée pour repousser certaines idées, certains actes qui s'imposent à eux, malgré eux, et auxquels ils ne peuvent échapper. C'est un combat des plus pénibles, et ceux des malades qui en ont conscience en racontent les détails, les incidents avec une perplexité qu'ils communiquent à l'auditeur.

Je ne puis insister plus longtemps sur cette variété de la mélancolie qui mériterait pourtant l'étude la plus attentive.

J'arrive maintenant à la mélancolie anxieuse, qui n'est en réalité qu'un développement de ce premier état. Elle s'accompagne également de la conscience de leur état de la part des individus malades. Les mélancoliques se rendent parfaitement compte de leur tristesse qui est

sans motifs; ils savent très-bien quand ils sont envahis par des idées fausses, des émotions nouvelles, des penchants, des impulsions qui ne leur étaient pas ordinaires, mais ils ne peuvent s'y soustraire, ils n'ont aucun moyen de réagir. Ils sont donc toujours en mouvement, ne peuvent tenir en place, sont obligés d'aller et de venir, ne peuvent s'asseoir; la nuit ils ne peuvent même rester au lit, ils ont un besoin incessant de mouvement, de mobilité extérieure; ils ont besoin de se plaindre, et même à haute voix, comme cela arrive souvent. Ils se promènent de long en large, des heures entières, répétant les mêmes phrases, les mêmes mots. Ils se désespèrent à haute voix, se déclarent aliénés, disent qu'ils ont perdu toutes leurs facultés, sont devenus incapables de tout, de remplir les devoirs de leur profession, sont devenus sans affection, sans émotion, détestent leurs parents et leurs enfants, sont prêts à les tuer et à se tuer eux-mêmes, s'accusant ainsi, jour et nuit, à haute voix, de tous les crimes, de toutes les iniquités, de tous les malheurs, ne cessant de rendre le public témoin de cette anxiété intérieure qui déborde, et se manifeste par les mouvements et par les paroles.

C'est là une variété de mélancolie très-différente

et celle que l'on décrit habituellement et qui est caractérisée par des phénomènes inverses. Il y a, en effet, parmi les mélancoliques des malades sans cesse en mouvement. Au lieu de rester immobiles dans un coin, ils sont incessamment agités, ne cessent de parler à haute voix, et même quelquefois de crier, de pousser des cris aigus, pour exprimer, sous la forme la plus violente, la douleur intérieure à laquelle ils ne peuvent pas échapper.

Quelques phénomènes physiques correspondent à cet état particulier. Ces malades ont presque tous des sensations de vacuité dans la tête. Il leur semble qu'ils ont la tête vide, qu'ils n'ont plus d'idées, ne sont plus capables de penser, qu'ils ont perdu toutes leurs facultés morales; de plus, ils éprouvent souvent des tremblements partiels des bras et des jambes; des tremblements généraux surviennent par accès sous forme de paroxysmes, ~~dans les~~ dans les moments du plus violent désespoir. Il arrive fréquemment que ces malades ont des phénomènes nerveux presque convulsifs coïncidant avec leur état mental.

Il existe aussi fréquemment chez eux des troubles de la digestion, de la dyspepsie, des embarras gastriques, une répugnance profonde pour les aliments, en un mot

des phénomènes physiques concomitants qui accompagnent la mélancolie anxieuse.

Après cette première variété de mélancolie, sur laquelle je ne puis insister davantage, vient la variété dépressive qui est, à proprement parler, la véritable mélancolie que M^r. Baillarger a nommée mélancolie générale, en la rapprochant de la manie, par ses caractères de généralité. Elle présente plusieurs degrés. Le premier degré s'observe dans la clientèle civile. On voit souvent des femmes, principalement à l'époque critique, tomber dans une tristesse sans motifs, ou sans motifs suffisants; elles ont été jusque là heureuses; elles ont eu dans leur ménage toutes les satisfactions possibles du côté de leur mari, de leurs enfants, et, malgré ces conditions extérieures sans cause connue, elles tombent peu à peu dans une tristesse continue, dans un état d'affaissement des facultés. Elles restent chez elles, cessent de remplir les devoirs de leur profession ou de leur ménage, sont incapables de se livrer aux actes les plus ordinaires, gardent la chambre, souvent même le lit, cessent d'avoir soin de leur toilette ou de se préoccuper de leurs relations de société, éprouvent le besoin de l'isolement et de la solitude, de l'immobilité.

Cet état de mélancolie sans délire est le premier degré de la variété dont je m'occupe. Ce premier degré peut arriver jusqu'à l'affaissement le plus profond. Les malades sont alors immobiles, ne parlent pas, cessent absolument de s'occuper, sont dans l'inaction la plus absolue, mais elles ont souvent une conscience parfaite de leur état, et même conscience de tout ce qui se passe autour d'elles. C'est ce qui arrive par exemple dans la période de dépression de la folie circulaire, dans la forme la plus légère de cette maladie. Lorsque les malades peuvent continuer à vivre dans la société ou dans leur famille, qu'il n'est pas nécessaire de les placer dans des asiles d'aliénés, dans cette variété de la folie circulaire il y a un semblable affaissement, une pareille prostration physique et morale. Les malades maigrissent, elles sont dans un état de langueur physique comme de langueur morale, elles pensent peu, ont une préoccupation morale très-faible, ne portent aucune attention aux choses du dehors, recherchent l'isolement, sont immobiles et silencieuses, la plupart du temps passent plusieurs mois, quelquefois davantage, soit dans leur chambre, soit au lit; voilà le premier degré de la mélancolie dépressive.

Mais il y en a d'autres et ces degrés aboutissent à

ce que l'on a nommé mélancolie avec stupeur, ou même à la stupidité et à l'idiotisme. La mélancolie avec stupeur a des caractères particuliers : elle s'observe souvent dans les asiles d'aliénés ; souvent elle est consécutive à des maladies générales, par exemple à des affections cérébrales aiguës, fièvres typhoïdes, pernicieuses, intermittentes ; elle succède aussi quelquefois à l'épilepsie ou l'hystérie, à l'hématose, la catalepsie, les diverses maladies nerveuses. D'autres fois, elle se produit sous une influence presque subite, sous l'impression d'une chaleur excessive, d'une circonstance violente, d'une très vive émotion qui, brusquement, fait tomber la malade dans cet état de stupeur : Melancholia attonita, mélancolie étonnée. Le malade est transformé subitement en statue.

Quelle que soit la cause qui ait donné naissance à cet état, il se produit d'ordinaire progressivement. On ne tombe pas tout à coup dans le dernier degré de la stupeur ; on passe par des degrés successifs, et même, dans la plupart des cas, au début, il y a une légère période d'excitation maniaque. Avant de tomber dans la mélancolie avec stupeur, il y a divers degrés : il y a

d'abord prostration, immobilité, mutisme; le malade reste assis dans la même situation, dans la même immobilité, les yeux et la tête baissés, tout le corps dans l'immobilité la plus absolue; il demeure dans la position où on le place; s'il est au lit, il y reste, et si on l'assoit sur une chaise ou sur un fauteuil, il y passe des jours, des semaines, des mois.

On constate aussi des phénomènes physiques: ralentissement de la circulation, la plupart du temps sentiment de froid aux extrémités qui sont bleuâtres et même œdématisées. Les malades ont des troubles des digestions, manifestent le refus des aliments et on est obligé de les leur introduire artificiellement dans la bouche. Quelquefois ils en permettent l'introduction, d'autres fois ils résistent avec violence et il faut avoir recours aux moyens les plus énergiques, tels que la sonde œsophagienne, pour les nourrir souvent pendant plusieurs mois. On constate aussi souvent des phénomènes des congestions du côté de la tête. Le regard est terne, fixe, immobile, sans expression, la figure est congestionnée, la circulation cérébrale se fait avec la même lenteur que la circulation générale. C'est pourquoi on admis, dans certains de ces cas, qu'il existe un œdème cérébral.

MM.... ont fait des autopsies qui ont

semblé confirmer cette opinion, mais le fait est rare, et la plupart du temps on ne trouve pas des lésions caractéristiques dans les méninges du cerveau et dans les ventricules.

Quand on voit un mélancolique dans des conditions d'immobilité ou de stupeur, la première pensée qui se présente à l'esprit, c'est que ce malade ne pense plus, qu'il est complètement stupide et idiot. Pinel avait placé cet état dans la démence, c'est-à-dire dans la nullité intellectuelle. Esquirol n'avait établi qu'une seule nuance, il avait nommé cet état démence aiguë, parcequ'il survient brusquement sous l'influence de causes connues au lieu d'être consécutif à une autre maladie mentale. Georget avait admis la même opinion, mais depuis lors on est arrivé à comprendre que dans la plupart de ces cas, il n'y a pas chez le malade de suppression absolue de mouvement intellectuel; il continue à penser et à délirer intérieurement, seulement les manifestations sont très-faibles.

C'est ce que Mr. Baillarger, dans un travail sur la stupidité, publié dans les annales médico-psycho=logiques, a établi d'une façon incontestable, et ce que la plupart des observateurs qui l'ont suivi, ont confirmé.

Dans la plupart des cas de mélancolie avec stupeur les malades sont comme terrifiés, immobiles, par suite de conceptions délirantes, de nature triste, et de certaines hallucinations. Ainsi, les uns s'imaginent être transportés dans un pays inconnu, dans un désert, au milieu de cadavres, au milieu d'être fantastiques, effrayants; ils voient des fantômes, des figures cadavériques, des objets effrayants de toutes sortes, entendent des voix terrifiantes qui leur commandent l'im=
=mobilité, qui leur ordonnent de se tenir complètement tranquilles, de ne se livrer à aucun mouvement, sous peine d'être pulvérisés, réduits en poussière, anéantis; ils sont terrifiés et c'est sous l'empire de cette terreur qu'ils gardent une immobilité absolue, qu'ils revêtent le masque de la démence ou de la stupidité.

Quand on interroge ces convalescents sortis de cet état, on a, à cet égard, tous les renseignements qu'on peut désirer. Si, d'un autre côté, on a observé assez attentivement l'accès pour remarquer certains actes auxquels se sont livrés les malades ou les paroles qu'ils ont prononcées par hasard, on peut les mettre en rapport avec les renseignements qu'on obtient, et on arrive à la démonstration de la vie intérieure délirante qui a existé pendant l'accès. Certains de ces

malades se livrent tout à coup à des gestes violents, donnent un soufflet, renversent une assiette ou un objet qui est à leur portée comme l'a constaté Mr. Baillarger; d'autres fois ils ~~expriment~~ prononcent certaines paroles qui indiquent clairement leurs préoccupations dominantes.

Cet état a ordinairement une très-longue durée, la marche est lente et uniforme; le malade passe quelquefois par des degrés différents de stupeur, mais la maladie peut continuer des mois, des années. Dans beaucoup de circonstances elle est curable; après un temps plus ou moins long, le malade se réveille assez rapidement, déclare qu'il lui semble sortir d'un rêve, d'un cauchemar pénible; qu'il renaît tout à coup à l'existence; il commence à percevoir les objets extérieurs tels qu'ils sont réellement, sort du monde imaginaire dans lequel il a vécu pour rentrer dans la vie réelle, compare cette guérison à un réveil et déclare sortir d'un rêve.

On a essayé beaucoup de moyens thérapeutiques pour provoquer rapidement la guérison; on a employé les moyens les plus énergiques, des exutoires, des excitants violents sur la peau, même le fer rouge, l'électricité, l'éthérisation, l'hydrothérapie, en un mot les modificateurs

généraux de la constitution. Quelquefois on a réussi à rétablir la vie intellectuelle et à faire cesser la maladie, mais, dans la plupart des cas, il faut un très-long temps pour arriver à la guérison. Dans d'autres circonstances la maladie ne guérit pas, on voit des aliénés rester dans l'état de stupidité pendant de longues années, sans jamais aboutir à la convalescence ou à la guérison.

Vous voyez, Messieurs, combien cette forme générale, qui, dans son degré extrême, aboutit à l'idiotisme accidentel, c'est-à-dire à la suppression de toute intelligence, combien cette forme, dis-je, est différente de la forme anxieuse que j'ai décrite précédemment, dans laquelle le malade est sans cesse en mouvement, se lamentant, ne cessant de rendre le public témoin de son anxiété. Les autres vivent dans le monde isolé, complètement distincts du monde extérieur, et ne manifestant que de temps en temps quelques-unes des idées qui les préoccupent. Ce sont ces tableaux complètement différents au point de vue des manifestations extérieures, quoique l'état intérieur soit analogue.

9e Leçon.

Mardi, 29 Décembre 1868.

Messieurs

Je vais aborder aujourd'hui l'étude de l'aliénation partielle, c'est-à-dire de cette grande classe de la folie qui est caractérisée par un délire limité à un petit nombre d'objets.

Comme je vous l'ai déjà dit dans une précédente séance, la classification actuellement adoptée divise les aliénés en deux grandes classes, ceux atteints du délire général et ceux atteints du délire partiel. Le délire partiel embrasse certainement les deux tiers au moins de l'aliénation mentale, et contrairement à l'opinion qu'on se fait ordinairement des aliénés, ce n'est pas le délire général qui est le plus commun. On s'imagine ordinairement les aliénés comme étant dans un état analogue à celui du délire aigu, dans l'agitation, délirante surtout, et quand dans les asiles, on

rencontre des malades ayant les apparences de la raison qui échangent des idées, qui peuvent entrer en conversation avec les interlocuteurs, et manifestent sous beaucoup de rapports la raison, la première idée qui vient à l'observateur est de se demander s'il a réellement affaire à un aliéné. Ce n'est pas ainsi que les gens du monde et les philosophes se représentent l'aliéné, et pourtant ce sont là les formes les plus fréquentes et les plus répandues. Il faut mettre de côté le préjugé qui règne dans le monde, voir les aliénés tels qu'ils sont et non pas tels qu'on se les imagine. La plupart des aliénés sont dominés par un certain nombre d'idées fixes, par un certain nombre d'idées systématisées, plus ou moins bien coordonnées qui deviennent le centre de leur délire.

On a divisé les aliénés partiels en deux grands groupes selon qu'ils sont tristes ou gais, déprimés ou expansifs. Ces deux groupes constituent ce que Pinel et Esquirol ont nommé la mélancolie et la monomanie. On subdivise chacun de ces deux grands groupes d'après plusieurs principes : d'après les facultés lésées, d'après les idées prédominantes ou d'après les actes principaux commis par ces aliénés.

Ainsi, Esquirol a divisé la monomanie en intellectuelle, affective et instinctive, d'après la faculté qui est lésée d'une manière exclusive ou prédominante dans chacune de ces variétés d'aliénation partielle. D'autres auteurs se sont basés sur les idées prédominantes. On a admis la monomanie religieuse, la monomanie ambitieuse, la monomanie érotique. Enfin, pour les besoins de la médecine légale, on a divisé la monomanie d'après la nature de l'acte commis par l'aliéné : on a admis la monomanie homicide, la monomanie du vol, la monomanie de l'incendie, la monomanie portant sur des actes érotiques.

Ces divisions, comme je l'ai déjà dit, sont tout à fait artificielles, elles ne reposent pas sur l'état véritable des aliénés; elles sont le résultat de classifications provisoires, de classifications faites par des personnes étrangères à la médecine, elles ne peuvent en rien constituer de véritables classements naturels. Seulement, dans l'état d'imperfection de nos connaissances, nous sommes obligés de les accepter jusqu'à nouvel ordre, comme un moyen artificiel de distribuer et de classer les aliénés atteints de délire partiel.

Avant de parler de la mélancolie, c'est-à-dire de l'aliénation partielle avec dépression, je dois vous parler de l'aliénation partielle envisagée d'une manière générale, c'est-à-dire présenter quelques considérations générales qui s'appliquent à la mélancolie comme à la monomanie.

On a étudié les délires partiels beaucoup trop au point de vue des faits prédominants, au point de vue des idées ou des actes qui sont le résultat de cette altération des facultés. On s'est habitué à n'étudier, chez les aliénés, que leurs paroles, les idées qu'ils expriment, au lieu de voir le fond réel de leur état. Il est résulté de cette tendance artificielle de la science beaucoup d'inconvénients, et des inconvénients même très-graves au point de vue de la médecine légale surtout. On a négligé d'étudier la base sur laquelle se développent les idées délirantes : de là des conséquences désastreuses. Il faut, dans toute aliénation partielle, commencer par bien distinguer ce qu'on peut nommer le fonds de la maladie et le relief, c'est-à-dire la partie saillante, la partie superficielle. Chez tout aliéné atteint de délire partiel, indépendamment de ses idées prédominantes qui frappent le premier venu et qui sont exprimées par le malade à chaque instant, il y a un fonds de délire,

il y a un état général qui est la base sur laquelle ces idées se développent. Or, ce fond sert précisément de point de départ pour la classification dont je parlais. Il est tantôt dépressif, tantôt expansif. Certains aliénés expriment des idées de persécution, d'ambition, d'amour, des idées religieuses; les uns ont un fond de dépression, de tristesse, les autres un fond de gaîté. Chez les uns la sensibilité est profondément opprimée, ils souffrent moralement, ils sont péniblement affectés, ils ont une maladie morale; les autres, au contraire, par l'effet de leur maladie, voient tout en beau, exagèrent toute chose, sont dominés par des idées d'expansion, d'activité de gaîté. Si vous ne tenez pas compte de ce fait principal de l'état maladif, vous ne pouvez décrire les aliénés tels qu'ils sont.

Un autre point à étudier, c'est le mode d'évolution des idées délirantes. Au lieu de se représenter ces idées comme surgissant dans une intelligence saine ainsi qu'à l'état normal, au lieu de se dire: tel malade s'est chaussé d'une idée, une idée bizarre s'est implantée dans son intelligence sans aucune raison d'être, sans motif, elle est survenue comme une plante

adventive, comme un accessoire dans son intelligence et a pris racine sans motif, sans raison, au lieu de considérer les choses ainsi, il faut voir la filiation des phénomènes, reconnaître que si une idée a pris racine dans l'esprit c'est que le sol était préparé pour la recevoir, que cette idée n'est pas tombée sur un sol ingrat, qu'elle a pu s'y développer, et par conséquent a trouvé un sol préparé d'avance pour la recevoir. Ainsi une idée gaie ne peut germer sur un sol préalablement triste, et réciproquement une idée triste ne peut germer sur un sol préalablement gai. Il faut donc étudier le sol maladif, avant d'étudier les idées qui germent sur lui.

Voyons les conséquences à tirer de ces idées générales relativement à la médecine légale. Quand on vous présente un aliéné qui a accompli un meurtre, un vol, un incendie, au lieu de se dire : il a été poussé par un instinct violent, par un penchant très-développé, il faut se demander dans quel état général d'esprit était cet aliéné avant d'accomplir l'acte qui lui est reproché. Comme je l'ai dit au sujet des variétés de la manie, les aliénés qui accomplissent un acte violent, ont été la veille ou le matin, dans la journée qui a précédé, dans un état de trouble général ; ils ont parcouru la campagne, vagabondé, abandonné leurs occupations, leurs

idées étaient troublées, confuses, et c'est au milieu de tout cela qu'ont surgi ces dispositions violentes qui se sont terminées par un acte qui conduit ces malades devant les tribunaux. L'acte est, en quelque sorte, la crise de cet état maladif préalable que le médecin doit étudier et faire ressortir aux yeux des magistrats, pour porter la conviction dans leur esprit. Au lieu de représenter l'aliéné commettant un meurtre pour le plaisir de le commettre, poussé par un instinct, sans motif, il faut étudier l'aliéné tel qu'il est, et montrer l'état morbide auquel il était arrivé, avant d'accomplir l'acte qui lui est reproché.

En médecine légale, la doctrine des idées fixes a conduit à une conséquence très-fâcheuse, c'est la responsabilité partielle. Certains médecins et beaucoup de magistrats ont admis qu'on pouvait être responsable partiellement de ses actions, que lorsque l'acte du meurtre, du vol, d'incendie était en rapport avec les idées dominantes du malade celui-ci devait être regardé comme non responsable, comme ayant agi sous une influence maladive; mais que quand l'acte était en dehors de ces idées prédominantes, il fallait condamner l'aliéné comme coupable. Par exemple,

un homme triste qui a des dispositions au suicide, une disposition à se débarrasser de ses ennemis, s'il tue son ennemi ou celui qu'il croit tel, est irresponsable d'après cette doctrine; mais s'il fait un faux, un acte civil étranger à son délire, on peut le condamner pour cet acte étranger.

Cette théorie repose tout entière sur la doctrine fausse de la monomanie: cette théorie, d'après laquelle certains aliénés ont des idées ~~fausses~~ fixes prédominantes qui peuvent exister dans une intelligence d'ailleurs saine, d'après laquelle on peut fragmenter l'homme en deux parties: l'une malade, l'autre saine, et que non-seulement on fragmente l'intelligence, mais on peut fragmenter la volonté et le libre arbitre et dire: voilà la part de la maladie, voici la part de la santé; tel acte a été commis sous l'influence de la maladie, tel autre est le résultat de dispositions normales. Cette théorie fâcheuse qui fait condamner beaucoup d'aliénés ne serait pas admissible, si l'on étudiait réellement les aliénés partiels comme ils sont. On verrait alors, qu'indépendamment de l'idée prédominante, il y a autre chose, qu'ils étaient malades d'une manière générale, qu'ils étaient troublés dans leur intelligence, dans leur moral, dans leur volonté avant de manifester telle idée délirante qui attire seule l'attention,

on verrait le sol maladif, au lieu de voir son produit le plus apparent.

Voilà les notions générales que je voulais vous donner, avant d'aborder l'étude de l'aliénation partielle en particulier.

Je parlerai d'abord de la première catégorie : la mélancolie considérée en général, puis nous verrons, comme pour la manie, les diverses variétés.

Pour rester fidèle au principe que je viens de poser, je dois étudier d'abord l'état général, ensuite les idées prédominantes. L'état général doit être suivi dans le domaine de la sensibilité, dans celui de l'intelligence et dans celui de la volonté. ~~Ces trois ordres~~ Ces catégories de facultés admis par les philosophes, peuvent nous servir de guides pour l'étude de la mélancolie en général.

La sensibilité morale est la base véritable de toute mélancolie. Le malade est triste par suite d'une influence morbide, à la fois physique et morale et qui peut tenir à des causes venant de l'abdomen, d'un organe autre que le cerveau. Quelle qu'en soit la cause le sentiment de tristesse est la base de toute mélancolie. On est mélancolique parcequ'on est malade.

on est triste avant d'avoir des idées tristes. Si l'on observe l'aliéné dans la première période de l'état mélancolique, on constate qu'il n'a aucune idée prédominante. Le malade commence par se sentir souffrant, mal à l'aise; il déplore lui-même sa pénible situation, ne sait à quoi l'attribuer, il se sent faible, fatigué au physique et au moral; une anxiété générale règne dans son âme, il ne peut s'en débarrasser. Dans cette première période, il peut n'avoir aucun motif de tristesse, il voit que sa situation extérieure est bonne, qu'il est entouré d'une famille excellente, qu'il est dans une bonne position de fortune, que rien dans le monde extérieur ne peut légitimer ses préoccupations pénibles, et cependant il est triste sans savoir pourquoi.

Dans cette disposition d'esprit, il recherche en lui-même et au dehors, les causes de cette tristesse qui est le produit d'une maladie; il se demande s'il n'a pas commis des fautes; il recherche dans son passé; il incrimine les actes les plus insignifiants de sa vie antérieure; il se demande s'il n'a pas eu tort d'agir de cette façon, dans telle circonstance. Il remonte même très-loin pour trouver l'explication de sa tristesse actuelle. D'autres fois, il cherche la cause dans le monde extérieur; il croit qu'on a voulu lui faire du mal,

qu'on lui en veut, qu'il est l'objet de l'attention générale, qu'on se moque de lui, qu'on veut le railler, que des personnes qui ne le connaissent pas l'ont montré au doigt. Le moindre geste, le moindre signe fait autour de lui est interprété dans le sens de sa disposition d'esprit. Il se demande si telle personne n'a pas voulu lui nuire dans telle circonstance. En un mot, ce sont surtout les petits faits de la vie qui attirent son attention.

Comme M^r. Lasègue l'a fait remarquer avec raison ce ne sont pas les grandes passions, les grands sentiments de l'âme humaine qui deviennent les motifs des préoccupations de l'aliéné; avant de se préoccuper d'idées érotiques, d'idées religieuses, d'idées ambitieuses, l'aliéné s'arrête sur les faits secondaires, par exemple un signe qu'une personne fait à une autre, dans la rue, une parole lancée en passant par un inconnu; ce sont des manifestations insignifiantes qui deviennent le point de départ du délire chez la plupart des aliénés.

Quelle est la cause de ces préoccupations? Comme je le disais: c'est ce sentiment profond d'anxiété, de tristesse, de prostration qui existe chez le malade malgré lui, qui est la cause véritable de ses préoccupations

désirantes. C'est donc dans la sensibilité morale, dans l'état général, dans la partie émotive de notre être qu'il faut chercher la base de la mélancolie. Quelles que soient les formes diverses de la mélancolie, la lésion de la sensibilité morale est le fondement de l'état maladif. Cette lésion ne se produit pas sans cause, elle est le produit d'un état physique maladif. Il ne faut donc pas chercher la filiation des idées mélancoliques dans l'ordre intellectuel, il faut la chercher dans l'ordre physique. Au lieu de se représenter, comme on le fait trop souvent, la mélancolie comme résultat d'une cause morale préalable, d'un profond chagrin, de préoccupations pénibles, il faut être plus médecin que philosophe, et voir les causes physiques qui ont amené la transformation.

Au lieu de se représenter une personne malade par la perte d'un ami ou d'un parent, au lieu de se la représenter d'abord dans des conditions de tristesse normale, arrivant peu à peu, par une gradation insensible, d'une tristesse raisonnée à une tristesse maladive, ce qui peut avoir lieu dans quelques cas (rares), il faut voir les choses comme elles sont (dans la majorité des cas). Ordinairement c'est à la suite d'une sorte d'ictus cérébral, d'une circonstance étiologique que le médecin attentif peut

arriver à déterminer que tout à coup, la transformation se fait dans l'individu. Il devient malade soit à la suite d'anémie, soit à la suite d'un état de dépression physique, d'une fièvre grave, d'une maladie cérébrale même passée inaperçue ; c'est alors que le sentiment d'anxiété survient chez les mélancoliques et devient le point de départ de la maladie.

De même pour les passions amoureuses ou religieuses. Ce n'est pas ordinairement à la suite des sentiments amoureux de l'état normal, de sentiments religieux exagérés qu'on passe à l'état maladif, telle n'est pas la filiation ordinaire, les cas de ce genre sont rares, dans lesquels on peut étudier et suivre ~~tranquillement~~ successivement les dégradations de teintes de l'état normal à l'état maladif ; la plupart du temps, au contraire, l'état maladif s'établit de lui-même, spon=tanément, sans avoir été préalablement précédé par un état physiologique de même nature.

Au milieu de cette tristesse, le malade s'étonne et s'afflige ~~de~~ de ces nouvelles dispositions d'esprit ; il s'étudie, s'analyse, contemple sa propre personnalité, se renferme en lui-même, et s'isole du monde extérieur. Il se sent

si triste qu'il n'éprouve aucun besoin de communiquer avec l'existence des autres hommes. De là résulte une répulsion pour les personnes anciennement aimées, pour la famille, pour les amis, pour ceux avec lesquels on a l'habitude de vivre. Voilà le premier phénomène : le malade s'isole du monde extérieur, se renferme chez lui, cesse de faire des visites, d'établir ses relations avec le monde, reste dans sa chambre, ou même dans son lit, a besoin de se renfermer en lui-même. Par suite d'une conséquence naturelle, le malade cherche à fuir le monde extérieur qui le blesse et le heurte sans cesse.

Le malade au lieu d'attribuer cela à la maladie, à des idées venant de l'intérieur, l'attribue presque toujours au monde extérieur ; il croit que ce sont des influences étrangères qui ont provoqué chez lui cette métamorphose. Il accuse ses voisins, ses parents, les personnes avec lesquelles il est en rapport de l'avoir influencé, d'avoir cherché à lui nuire, et c'est sous cette influence que surviennent peu à peu les idées délirantes ; on voit ces idées germer, comme je le disais, sur ce fond maladif de la sensibilité altérée.

En même temps que le malade est triste et affaissé, son intelligence éprouve un trouble correspondant : elle est ralentie dans son mouvement. Non-seulement les mélancoliques

sont des gens qui souffrent, mais ils pensent peu, leur intelligence est peu active, elle roule dans un cercle extrêmement restreint. Le malade s'accroche à un petit nombre d'idées qui le préoccupent exclusivement, il n'est plus capable de s'occuper du reste. L'intelligence ralentie arrive même, dans certains cas, presque jusqu'à une stagnation complète.

Ainsi, par des transitions insensibles, on arrive de la mélancolie simple, à celle avec stupeur, comme je le dirai plus tard. L'intelligence est donc très-peu active; mais sur ce fonds d'inactivité et de tristesse, se développent peu à peu certaines idées prédominantes. Le malade recherche dans son passé ou dans le monde extérieur des causes de douleur et de tristesse, et il ne tarde pas à les découvrir. Alors l'intelligence prend des directions diverses, selon les dispositions individuelles de chacun; les uns tendent dans la direction des idées religieuses, les autres vers les idées de persécution qui sont les plus fréquentes de toutes, enfin vers des idées de damnation, de sorcellerie ou de possession diabolique. Les idées délirantes varient ainsi selon les individualités, selon le milieu extérieur et selon l'époque sociale. Au moyen-âge, la direction

dominante des idées était celle des idées religieuses relatives à la magie, à la sorcellerie, aux sciences occultes. A notre époque, les malades présentent le même fonds maladif, mais ils croient être influencés par la police, par le magnétisme, par la physique. Quand on étudie les nombreux documents sur la folie, au moyen-âge, dans les auteurs étrangers à la médecine, on trouve des tableaux d'aliénation mentale absolument semblables à ceux que nous avons aujourd'hui sous les yeux; seulement les idées délirantes sont différentes; elles portent, comme je l'ai dit, sur les possessions démo=niaques, sur la sorcellerie, sur les sciences occultes, au lieu de porter sur la physique, sur le magnétisme et sur la police, comme à notre époque.

Il faut longtemps avant que la mélancolie passe de l'état général, à l'état de fixité, à l'état systématisé; il faut souvent plusieurs années, avant que les aliénés passent par des phases successives, d'un état à un autre. Il y a donc dans toute l'aliénation partielle, une première période, période d'incubation ou d'élaboration du délire, pendant laquelle le malade hésite, cherche, passe d'une idée à l'autre, sans jamais s'arrêter à aucune d'une manière définitive. Il hésite ainsi très-fréquemment entre

des idées divergeant dans des directions très-différentes, et c'est peu à peu et successivement qu'elles arrivent à faire leur chemin, et que le malade adopte une ligne fermement déterminée. Alors le délire revêt le caractère qu'on peut nommer systématisé. Le malade coordonne peu à peu son délire autour de quelques idées-mères, de quelques idées principales qui deviennent des idées prédominantes. C'est la seconde période de l'évolution de l'idée fixe ou période d'état dont on trouve le plus grand nombre d'exemples dans les asiles. La période d'incubation se passe au dehors des asiles, avant la séquestration; ce n'est qu'après que le délire est systématisé, qu'on songe à isoler les malades, parceque des actes dangereux obligent à les enfermer. Plus tard encore le délire, de systématisé finit par devenir stéréotypé, c'est-à-dire qu'il acquiert une telle fixité, une telle immobilité qu'il ne peut plus subir aucune modification. Après avoir coordonné systématisé son délire, l'aliéné finit par arriver à un état de stagnation d'immobilité, le délire a des contours tellement arrêtés, que le malade le raconte à tout venant, de la même manière et avec les mêmes expressions.

<u>La volonté</u> chez les mélancoliques est aussi altérée que le sont les sentiments et l'intelligence mais elle peut l'être de deux manières différentes. Quelquefois les mélanco=liques sont privés de volonté, ils ont la volonté considé=rablement affaiblie, comme ils le disent eux-mêmes fréquemment, Je veux et je ne veux pas, je crois désirer telle chose, et en somme, je n'ai aucun désir, je ne me sens poussé à rien, rien ne m'intéresse, rien ne m'excite à l'action rien ne me préoccupe de manière à me déterminer, je suis indécis, je manque de volonté. Cependant quelques malades constituent une variété spéciale dans laquelle la volonté quoique troublée reste active. Ces malades dominés par des idées tristes, ont besoin de les manifester au dehors par des paroles et par des actes, ils marchent sans cesse, ils ont un besoin de mouvement incessant, marchent de long en large, vont et viennent, ne peuvent rester en place. Ils éprouvent le besoin de se lamenter, de gémir, de se plaindre, ne peuvent pas apercevoir une personne auprès d'eux, sans éprouver le besoin de lui faire des confidences, de lui raconter leur délire, et de chercher près d'elle un appui, une consolation. Ces malades sans cesse en mouvement constituent ce que l'on nomme les mélancoliques anxieux, agités. Ils ont besoin de mouvement

au lieu de rester dans l'immobilité ou le mutisme comme d'autres variétés.

Ainsi, vous le voyez, Messieurs, par ces données générales, on peut tracer un tableau assez exact de l'état mélancolique, quelles que soient les variétés auxquelles ce tableau doit s'appliquer. Mais il est extrêmement vague, car il n'indique que quelques points très-généraux. Ainsi, tous les mélancoliques sont malheureux, tristes, éprouvent une souffrance morale leur intelligence est inactive, au moins relativement, leur volonté est impuissante ou dirigée uniquement sur des préoccupations délirantes.

Mais cela ne suffit pas pour constituer une forme vraiment déterminée de maladie mentale. Il est nécessaire, pour entrer dans les détails de l'observation, de faire des distinctions et d'établir des variétés parmi les mélancolies diverses. Quand on se borne à la description générale, on peut rester sur le terrain philosophique, on n'entre pas assez sur le terrain clinique de la pratique. C'est pour cela que je juge nécessaire d'entrer dans l'étude des variétés de la mélancolie, afin de compléter un tableau beaucoup trop général.

Après ce développement sur l'état physique,

viens la description de l'état physique. Le mélancolique est malade au physique comme au moral; d'abord la sensibilité physique est amoindrie, elle est affaiblie comme la sensibilité morale. Non-seulement les malades souffrent moralement, mais ils souffrent physiquement; ils ont des douleurs dans toutes les parties du corps, quelques-uns ont des névralgies très-prononcées, surtout au début: névralgies dans les diverses parties du crâne, ou dans d'autres parties du corps. Les médecins allemands ont, avec beaucoup de raison, attiré l'attention sur les relations fréquentes qu'il y a entre les névralgies et la forme mélancolique de la folie. Quand on étudie attentivement les aliénés mélancoliques, on découvre chez eux des douleurs nerveuses, des douleurs de tête très-prononcées; la tête est serrée comme dans un étau, elle est tellement pesante, qu'elle semble être de plomb. Dans d'autres cas, c'est un sentiment de vacuité ou de ballotement qui se manifeste, il semble que le cerveau soit isolé dans la boîte crânienne. D'autres ont des névralgies sus-orbitaires, d'autres des névralgies intercostales ou dans l'abdomen.

M^r. Schüle a fait dernièrement un mémoire très-intéressant, basé sur des observations nombreuses, à l'appui de cette idée, que la folie mélancolique était très-souvent liée

à des névralgies, et qu'il suffisait de combattre les névralgies locales par la méthode des injections hypodermiques, ou par toute autre méthode, pour guérir la mélancolie au début.

Indépendamment de ces hypéresthésies de ces douleurs il existe de l'anesthésie. Le malade, surtout dans certaines formes de la mélancolie, a la surface cutanée de ~~certaines~~ quelques parties du corps presqu'insensible, comme cela a lieu chez les hystériques. On peut le pincer, le piquer le soumettre à de véritables tortures, sans provoquer la douleur, et dans quelques cas même on arrive au degré d'anesthésie que Beau a nommé analgésie, l'absence du sentiment de la douleur.

Au moyen-age, on a vu de ces aliénés subir sans difficulté les tortures les plus cruelles, la question de l'inquisition, et ne jamais renoncer à leurs idées délirantes, non-seulement parcequ'ils étaient très-convaincus et dominés par le délire, mais parcequ'ils avaient de l'anesthésie physique qui leur permettait de résister plus facilement à la douleur.

Les hallucinations et les illusions qui se lient aux troubles de la sensibilité sont également assez fréquentes chez les mélancoliques, surtout dans certaines variétés, les hallucinations existent, ou peuvent exister dans tous les

sens. Celles de l'ouïe sont extrêmement fréquentes, comme je le dirai, dans le délire de persécution; celles de la vue se rencontrent surtout dans le délire religieux; celles de l'odorat et du goût sont extrêmement fréquentes chez les aliénés à délire d'em=poisonnement, chez les hypocondriaques, chez ceux qui ont des troubles dans les fonctions digestives. Dans ce cas, les phénomènes physiques concordent avec le trouble de l'intelligence.

Les lésions des mouvements sont aussi fréquentes que celles de la sensibilité, et sont également de deux ordres, tantôt par excès, tantôt par défaut, mais c'est surtout sous cette dernière forme qu'elles se rencontrent. Les mélancoliques, en général, sont inactifs; ils éprouvent le besoin de repos, d'im=mobilité, ils restent assis ou couchés, passent des heures, des journées entières sur une chaise, sur un fauteuil, sans se livrer à aucun mouvement. Non-seulement ils ne marchent pas, mais ils sont immobiles sur leur siège, sans se livrer à aucun mouvement d'aucune partie du corps; la tête est inclinée en avant, les yeux sont fixes et baissés, les bras sont immobiles, la respiration elle-même se ralentit. L'immobilité est l'essence de la mélancolie.

Mais d'autres mélancoliques éprouvent un besoin incessant de mouvement, non-seulement motivé par les idées

tirantes, mais qui a sa base dans le trouble du système musculaire ; ils ont une sorte d'irritabilité nerveuse, un état d'hyperesthésie superficielle ou périphérique ~~qui les~~ qui les porte à se mouvoir sans cesse, à se lamenter constamment ; à gémir à haute voix, à pousser des soupirs ; ils se plaignent sans cesse, répètent constamment les mêmes phrases, les mêmes paroles ; ils n'ont de trêve ni de repos, ni jour ni nuit.

Les fonctions organiques sont elles-mêmes très souvent troublées dans toutes les variétés de la mélancolie. D'abord le sommeil est presque toujours nul dans la première période, comme dans la manie. Dans Dans la plupart des folies aiguës en effet, il y a une insomnie qui se prolonge souvent pendant très-long temps. On voit des mélancoliques qui paraissent dormir, mais ne dorment pas ; ils sont silencieux, immobiles ; on croit qu'ils dorment, mais si l'on passe à côté d'eux, on voit qu'ils ont les yeux ouverts, et si on les interroge, on s'aperçoit qu'ils ne dorment pas ; eux-mêmes vous affirment n'avoir pas dormi de la nuit. L'insomnie est le fait ordinaire chez les mélancoliques, même chez ceux tendant à la stupeur ; ce n'est que plus tard, quand

la maladie devient plus chronique, que le sommeil survient.

Les fonctions génitales sont très-affaiblies dans la plupart des cas de mélancolie, soit chez l'homme, soit chez la femme. On constate alors l'impuissance, la suppression de la menstruation. Cette fonction, en tout cas, est suspendue ou irrégulière, et pas plus que pour la manie, on ne peut dire que son retour soit un signe certain de guérison. Il arrive fréquemment qu'après un certain temps de suppression les règles reviennent; cependant la mélancolie suit son cours.

Les fonctions digestives sont très-fréquemment altérées; c'est même un symptôme presque constant: de même que dans les formes hypocondriaques, il y a dyspepsie, météorisme, tympanite, des éructations fréquentes, de la constipation alternant avec la diarrhée; en un mot, des troubles extrêmement variés de la digestion. On voit quelquefois l'appétit devenir momentanément vorace; certains malades avalent leurs aliments avec une sorte de voracité presque comparable à celle des déments, mais c'est temporaire, et la plupart du temps la dyspepsie revient avec ses caractères ordinaires. Souvent, dans la première période de la mélancolie, on constate des vomissements, la langue est chargée, les digestions sont pénibles; en un mot, il y a altération

de toutes les fonctions digestives : vomissements, diarrhée et quelquefois constipation. Il faut donc étudier avec un grand soin, chez les mélancoliques, l'état des premières voies : l'estomac et l'intestin ; c'est à la condition d'étudier les phénomènes physiques et moraux qu'on connaît les malades, plutôt qu'en les décrivant, d'après des données exclusivement psychologiques.

La circulation est aussi ralentie que les autres fonctions. La plupart du temps le pouls est d'une faiblesse extrême et d'une excessive lenteur. Quand on le cherche, il arrive de ne pas le trouver. Si l'on ausculte le cœur, on reconnaît que ses battements sont extrêmement faibles et à peine perceptibles. Le ralentissement de la circulation s'accompagne souvent d'une sorte d'œdème des extrémités qui deviennent bleuâtres ; non-seulement la circulation est ralentie, mais elle semble ne plus se faire, surtout dans les cas de mélancolie avec stupeur ; aussi a-t-on souvent employé les moyens les plus énergiques : l'hydrothérapie, l'électricité, les brûlures ou moxas, les moyens irritants de la peau sous toutes les formes, pour essayer de modifier cet état de la circulation.

Les fonctions de nutrition subissent naturellement la même influence : la plupart des malades maigrissent, la nutrition se fait très-mal chez eux, quoi qu'ils mangent beaucoup. Quelquefois on attribue cet amaigrissement excessif à une lésion organique ; à des tubercules pulmonaires, à une maladie des organes abdominaux ; cependant, sans que ces maladies existent, l'amaigrissement arrive à ce point, que les malades n'ont plus que les os recouverts par une peau desséchée, rugueuse, terreuse, jaune et profondément altérée. Les fonctions de perspiration cutanée ne se font presque plus, les malades paraissent vieillis, beaucoup plus âgés qu'ils ne le sont réellement ; l'altération de leur physionomie est si profonde qu'on ne les reconnaît plus.

Tous ces phénomènes de l'état physique méritent d'être pris en grande considération, non-seulement au point de vue de l'étude vraie de l'état maladif, mais surtout au point de vue thérapeutique. C'est en se basant sur ces phénomènes concomitants, qu'on peut arriver à quelques modifications heureuses et même à la guérison. Il faut diriger principalement le traitement contre les phénomènes physiques. Sans doute, comme je vous le dirai plus tard, le traitement moral peut aussi avoir son utilité dans des

conditions déterminés; mais la maladie doit être combattue surtout par des moyens physiques: les moyens thérapeutiques doivent être dirigés sur le tube intestinal et sur la peau.

On a employé des moyens divers: l'opium, d'énergiques purgatifs, les excitants de la peau, l'hydrothé=rapie et l'électricité, et l'on a obtenu des guérisons, selon les circonstances. Il importe donc beaucoup au médecin d'étudier chaque cas particulier, de ne pas se borner à une description générale de la maladie; il faut rechercher chez chaque malade les symptômes particuliers qui peuvent offrir des indications, car souvent on peut arriver à des résultats, la mélancolie étant le plus souvent curable, surtout les variétés qui tendent à la stupeur.

La marche de la mélancolie est sujette à des oscillations comme celle de la manie; cependant il est plus rare de voir des rémissions très-notables. Dans la mélancolie, la marche est généralement plus uniforme et beaucoup plus lente que dans l'état maniaque; cette maladie dure très-long temps, et même dans les cas les plus favorables, c'est par mois et souvent par années, qu'il faut compter sa durée. Au lieu de guérir en cinq ou six mois, comme l'état maniaque, la mélancolie dure

deux et trois ans, et dans les cas chroniques, elle peut se prolonger durant de longues années.

La mélancolie revêt quelquefois une forme intermittente. Une variété que je vous ferai connaître, la forme anxieuse, se présente sous la forme d'accès, sous la forme intermittente. Le malade offre pendant sa vie plusieurs accès de ce genre, dans l'intervalle desquels il revient complètement à la santé. Ainsi, durant dix et douze ans, il peut rester dans son état normal, reprendre ses occupations sans manifester aucune trace de maladie. Mais, plus tard, un nouvel accès revient avec les mêmes caractères, identiquement semblable au précédent.

D'autres fois, la maladie est rémittente, c'est-à-dire qu'elle présente des périodes très-prononcées de rémission. Cela arrive surtout dans la mélancolie avec prédominance d'idées de persécution. Ces rémissions très-prolongées passent pour des guérisons : on renvoie ces malades dans la société, ils reprennent leurs occupations, mais dans la plupart des cas le délire de persécution couve à l'intérieur ; le malade interprète encore faussement les objets du monde extérieur, il a encore des hallucinations ; seulement il les nie et les dissimule ; il peut exercer un grand empire sur lui-même, ne pas manifester ses idées, ne pas passer à l'action, mais il conserve son délire.

le délire est le plus rebelle de tous, il persiste à l'état latent, mais un nouveau paroxysme le fait éclater à tous les yeux. Je le répète, le délire de persécution, essentiellement rémittent, peut avoir des rémissions très-prolongées. Les accès durent plusieurs mois, plusieurs années, même suivis de rémissions également longues, et pendant ce temps, le malade passe pour guéri, rentre dans la société, où il est d'autant plus dangereux que son délire est méconnu.

Ces indications sur la marche de la mélancolie vous donnent, en quelque sorte, un avant-goût de ce que je dirai dans la prochaine séance, sur les trois variétés principales du délire mélancolique.

L'une de ces variétés, la mélancolie avec stupeur est généralement continue, sans modification dans son cours, pendant toute sa durée. Au contraire le délire de persécution est presque toujours rémittent, et la mélancolie anxieuse est presque toujours intermittente. Vous le voyez donc, Messieurs, les trois variétés de marche des maladies s'appliquent exactement aux trois variétés de la mélancolie que nous aurons à décrire.

Cette relation entre la marche de la maladie et la nature des symptômes est très-importante à établir.

Ce n'est qu'à la condition d'arriver à des variétés maladives ayant une marche déterminé et possible à prévoir, qu'on peut réellement trouver des formes naturelles de maladies mentales. Au lieu de décrire, comme on l'a fait constamment, des individus dominés par des idées fixes, des idées religieuses, des idées amoureuses, des idées de persécution implantées dans une intelligence saine, il faut voir un état maladif caractérisé par un ensemble de phénomènes à la fois physiques et moraux, par un trouble de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté, lequel état a son évolution, sa marche particulière ; d'abord une période d'état, une dégradation, et une terminaison conduisant à la guérison.

Ce n'est qu'à la condition d'importer dans la médecine mentale, les données de la médecine ordinaire, c'est-à-dire d'étudier les aliénés comme les autres malades, qu'on peut arriver à une étude clinique de l'aliénation mentale.

Certainement il faut faire de la médecine spéciale, tenir compte de la spécialité des fonctions lésées ; on ne décrit pas les aliénés comme des malades ordinaires, on tient grand compte des troubles intellectuels et moraux, des symptomes principaux ; mais on va plus loin, on étudie l'ensemble des phénomènes et la marche. Même

dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons déjà pour la mélancolie, arriver à ce degré important, de relier l'état symptomatique à l'évolution de la maladie.

La description des variétés de la mélancolie aura cet avantage de préciser l'étude de la mélancolie en général, que j'ai simplement indiquée aujourd'hui. Au lieu de voir la mélancolie sous une forme vague, indéterminée que j'ai dû accepter, vous aurez plus de précision dans la description des phénomènes, et nous nous rapprocherons davantage des faits cliniques tels qu'ils sont observés dans les asiles d'aliénés. Jusqu'à ce que nous ayons une ~~observation~~ classification naturelle, il faut faire la description générale des formes acceptées et des variétés particulières. Nous ferons donc cette description dans la prochaine séance.

12e Leçon.

Samedi, 15 janvier 1870.

Messieurs,

Après vous avoir parlé de l'aliénation générale, avec excitation, j'ai aujourd'hui à aborder le terrain de l'aliénation partielle.

Comme je vous l'ai dit, ce sont les deux divisions principales des classifications de Pinel et d'Esquirol admises en France et à l'Etranger.

L'aliénation partielle comprend plus de faits que l'autre; si l'on se bornait à l'idée préconçue de la plupart des personnes qui entrent dans les asiles d'aliénés, il semble que c'est l'état de la maladie aiguë qui prédomine; mais quand on fait une statistique exacte, s'étendant à tous les pays du monde, on ne tarde pas à être convaincu qu'il en est autrement.

Il est difficile d'établir un rapport exact, de déterminer dans quelles proportions entrent, parmi les

malades atteints de délire, les malades atteints simplement de délire partiel, aussi a-t-on divisé ces derniers en deux grandes catégories. On les a divisés suivant la mode antique, en malades gais ou en malades tristes, ou encore en malades atteints d'un état dépressif ou expansif, ce qui est préférable; car souvent la gaîté chez les malades n'est pas un signe caractéristique. Ils ont un grand besoin d'activité, de parler, plutôt qu'une véritable gaîté. Les mots de dépression et d'expansion s'appliquent mieux à tous les faits qui se rattachent à l'aliénation partielle.

Nous trouverons donc chez les malades atteints de l'aliénation partielle, une aliénation dépressive ou une aliénation expansive.

L'aliénation partielle dépressive se subdivise en plusieurs variétés. Pour aujourd'hui, je me bornerai à vous parler de la mélancolie en général, ou en d'autres termes, de l'aliénation dépressive en général.

Quelques mots d'abord des aliénations partielles envisagées en général, au point de vue psychologique. On a cherché à classer les variétés de cette aliénation, d'après les lésions faites à la sensibilité, à la volonté, à

l'intelligence ; on a aussi essayé à les classer d'après les actes partiels auxquels se livrent les malades dans les actes dominants qu'on observe chez eux.

Les divisions adoptées reposent sur la nature des idées ou des sentiments altérés : de là des divisions innombrables : les monomanies ambitieuses, religieuses, les monomanies qui consistent à ce qu'un malade se croit transformé en animal ; puis les monomanies d'amour, de vengeance, les manies de mariage jusqu'à l'extrême, jusqu'au ridicule etc ; d'autres encore qu'a indiquées le Docteur Guislain.

On voit que l'on s'est dirigé dans ces études, d'après les principes qui ont dirigé la science moderne jusqu'à présent : d'après les idées délirantes. Je crois qu'il vaut mieux étudier l'état du malade, quels que soient le degré et la diversité de ses manifestations délirantes.

Au lieu de vous décrire la mélancolie de cette manière, d'après les idées prédominantes d'empoisonnement, de culpabilité, j'irai la chercher dans l'état général, dans l'ensemble, des dispositions sur lesquelles se développent les idées délirantes. C'est, pour moi, la seule manière de faire une étude pathologique sérieuse. Au moyen-age,

les idées qui prédominaient chez ces malades, étaient relatives à la magie, à la sorcellerie : aujourd'hui, on a affaire à des idées de chimie, de police, de physique, de somnambulisme, et, considéré extérieurement, le délire subit des modifications suivant l'époque, le milieu social où il se produit. Dans les campagnes, par exemple, les malades croient qu'on leur a jeté un sort : ils croient d'après les idées superstitieuses qu'ils ont, être ensorcelés, tandis que, dans les grandes villes, ils se croient poursuivis par la physique, la magie, etc. Il y a dans la mélancolie à étudier plusieurs états : d'abord l'état général, la physionomie de la maladie, puis d'autres états auxquels il ne faut du reste apporter qu'une attention secondaire.

Il faut d'abord établir une division d'après les grandes divisions dont nous avons déjà parlé : la sensibilité, la volonté et l'intelligence. Ces grandes divisions sont nécessaires quand il s'agit de faire l'étude de l'esprit humain, que l'on est obligé d'analyser les faits pour les bien observer. Si nous observons un mélancolique, nous voyons un individu différent de lui-même, changé, métamorphosé. Au

lieu de s'occuper de la vie réelle, sociale, commune, sous l'influence de la maladie, il ne s'occupe plus de rien; il néglige les affaires de sa profession; il s'isole du monde extérieur; il s'enferme dans la solitude, dans le mutisme : en un mot, il est complètement différent de ce qu'il était, avant l'apparition de la maladie cérébrale. C'est là le fait dominant de l'état mélancolique. Cette transformation peut être étudiée dans les actions, dans les sentiments, dans la volonté et dans l'intelligence.

L'homme métamorphosé n'éprouve plus les mêmes impressions. Au lieu d'être frappé par les choses heureuses, d'éprouver des sentiments d'affection pour ses parents, ses amis, il devient jaloux, défiant. Les sentiments de répulsion dominent chez lui; il est complètement changé à tous égards; il n'est plus le même. Dans la première période de la maladie, il a conscience de son état; il s'en afflige, est très-douloureusement impressionné; il souffre moralement. La maladie détermine d'abord chez lui un profond dégoût de toutes choses, une indifférence pour les choses comme pour les personnes, et cette indifférence s'applique même aux personnes qui étaient le plus aimées. L'homme est complètement transformé au point de vue de ses sentiments. Il n'éprouve

lui les mêmes impressions, sous l'influence des objets de dehors. Tout contact avec les hommes et les choses lui est pénible : il les voit à travers un prisme, à travers un voile qui s'est étendu sur ses yeux ; il cherche un refuge, il cherche quelques consolations contre ses impressions douloureuses, mais il trouve partout ces impressions qu'il attribuait au monde extérieur. Il se croyait des ennemis, l'objet de persécutions, et quand il se réfugie en lui-même, dans son propre moi, il se voit encore rivé à cette chaîne de pensées impossibles qui l'obsèdent. Les mélancoliques disent : "Je me réfugie dans mon for intérieur, et je ne retrouve que les sentiments qui m'agitaient antérieurement ; je ne peux pas me fuir." Ce sont là leurs expressions, dans la première période de leur maladie.

La douleur, l'inquiétude, l'anxiété, des sentiments pénibles ; c'est là le fait premier, la disposition fondamentale qui sert de développement à la maladie. Le malade n'éprouve que des sensations pénibles, il cherche la cause de ces dispositions, et ne sait où la trouver. Il la cherche partout. Tantôt il croit qu'il a des persécuteurs auxquels il attribue toutes ses

souffrances, tantôt il cherche dans son passé, dans ses souvenirs, et il trouve, à force de ruminer dans sa vie passée, des circonstances, des événements, souvent peu importants, auxquels il n'avait attaché aucun intérêt qui deviennent tout à coup des événements importants de son existence. Il s'accuse d'avoir accompli tel ou tel fait; il arrive à des idées de culpabilité, de damnation; il se croit perdu, damné, il reconnaît que, dans d'autres circonstances, ces sensations pénibles se portaient sur le monde extérieur.

Mais ce qui domine, c'est l'état de douleur, d'anxiété, c'est l'état qui fait le fond véritable de la mélancolie, fond sur lequel viennent se développer les idées douloureuses. A côté de cet état, il faut placer l'état de la volonté. Il est très-modifié chez les mélancoliques. Les malades disent: "je veux", et ils ne peuvent pas. Ils donnent quelquefois des renseignements très-complets sur l'état d'impuissance de leur volonté, et ils ne peuvent pas se décider à accomplir un ~~fait~~ acte. Ils restent au lit, sous l'influence de la maladie; quelquefois, cependant, la volonté acquiert une certaine puissance; mais les malades agissent en vertu d'idées délirantes: ils vont, ils viennent, ils réclament, ils pleurent; ils répètent toujours les mêmes paroles, les mêmes actes;

ils disent qu'ils sont des hommes épouvantables, condamnables, condamnés à l'échafaud, qu'ils ont tout mérité. La volonté est vraiment impuissante chez eux, et, sous l'empire de leurs idées délirantes, ils ne se meuvent que comme de véritables automates.

Il y a des mélancoliques qui ont des tendances au suicide, et qui, bien que la volonté soit absente, bien qu'ils soient incapables souvent d'accomplir un acte insignifiant, deviennent très-déterminés, quand il s'agit d'accomplir l'homicide, le suicide.

Il y a trois lésions de la volonté qui se manifestent par l'inertie ou la dépression (mélancolie anxieuse), par la stupeur, et en troisième lieu par un acte délirant comme le suicide ou l'homicide.

Pour étudier les lésions de l'intelligence, il faut étudier l'état général de dépression, la lenteur qui se produit dans la succession des idées. Les malades ont peu d'idées, n'ont que des idées très-restreintes qui roulent toujours dans le même cercle, toujours dans la même direction; leur intelligence ne s'applique qu'à un certain nombre d'idées, est incapable de se porter ailleurs. On remarque là, dans l'intelligence, une

phénomène qui a fait croire que la mélancolie devait être caractérisée par la concentration de l'intelligence sur certaines choses. Quand on pousse l'examen plus avant, l'on remarque que le malade est plus absorbé qu'attentif; il n'y a plus d'activité intellectuelle, plus de fermentation d'idées; les idées sont très rares; les malades pensent très peu, quelques-uns ne pensent même pas du tout; ils sont absorbés, répètent toujours la même chose. Ils parlent sans doute de certaines choses, de certaines idées, mais il y a peu de force de concentration d'attention.

A côté, nous avons les conceptions délirantes. Il est difficile d'être triste, mélancolique, sans porter ces dispositions sur une cause, un objet déterminé. L'intelligence humaine a certaines lois auxquelles elle ne peut se soustraire. Les mélancoliques cherchent à expliquer leurs tristesses, à les rattacher à des idées qui dominent en eux, à des idées religieuses, de damnation; ils se croient condamnés à des peines éternelles, ils ne croient plus à la miséricorde divine; ils recherchent les fautes qu'ils ont pu commettre; ils se croient condamnés par les tribunaux, sous le coup d'une condamnation, ne peuvent fixer leur attention sur une autre idée. Dans d'autres circonstances,

ils ont des idées d'empoisonnement : ils refusent les aliments. Ces idées délirantes ont sans doute de l'importance, mais n'ont pas le premier rang : il faut d'abord étudier les idées qui viennent de la sensibilité.

Je me bornerai aujourd'hui aux généralités sur le délire partiel.

La sensibilité physique est altérée comme dans la sensibilité morale.

La sensibilité physique doit être étudiée tout d'abord. Il se manifeste chez le malade le sentiment de maladie, de malaise, d'anxiété, de douleur : ce sentiment se produit aussi au point de vue intellectuel et moral. C'est l'anxiété qui est le signe primordial de la maladie. Le malade se sent saisi d'un sentiment de douleur, subitement, comme par une griffe, et la sensation douloureuse qu'il éprouve, à laquelle il donne un nom particulier, disparaît souvent comme par enchantement, et il éprouve un grand soulagement quand disparaît le malaise.

Il y a une lésion qui mérite d'être prise en considération ; de plus, il y a des phénomènes particuliers d'hyperesthésie, d'anesthésie : les malades sont insensibles.

On peut pincer un mélancolique, sans déterminer l'apparence de la douleur. On a vu, au moyen-âge, torturer des malades, sans qu'ils manifestassent de la douleur. On peut dire qu'ils voulaient être martyrs. Mais il y a un fait incontestable, c'est qu'ils n'auraient pas résisté aux douleurs de la torture, du bûcher, sans avoir l'insensibilité physique. Le fait est facile à constater. Dans l'anesthésie, l'insensibilité est complète comme dans l'hystérie. On a aussi remarqué que presque toujours la névralgie est liée à la mélancolie, et plusieurs médecins, entre autres, Griesinger, ont fait à ce sujet des études qu'ils ont étendues à diverses sphères de l'organisme. Il est vrai que l'on a vu la névralgie se continuer tant que dure le délire; mais aussi, souvent la névralgie soumise à un traitement spécial a disparu, et le trouble mental a subsisté: c'est là un fait important. Les illusions, les hallucinations sont fréquentes, mais pas au même degré.

Les hallucinations se produisent surtout dans l'état de stupeur. Le malade vit en dehors du monde réel, à tel point que l'observateur ne peut apercevoir de trouble extérieur chez lui. Il paraît inerte, plongé dans un véritable état d'idiotisme; quand il redevient convalescent, il raconte tout ce qu'il a vu: ses hallucinations, ses conversations avec

les fantomes ; il dit qu'il se croyait transformé en statue, qu'il obéissait automatiquement à des voix de personnes qu'il ne voyait point, et, il faut le remarquer, il obéit à ces voix qui le condamnent à l'immobilité ; sous leur commandement, il simule l'idiotisme, tandis que, dans son for intérieur, le travail de la pensée persiste.

Les hallucinations sont très-fréquentes dans la manie religieuse, chez les malheureux qui se croient possédés du démon. Elle était surtout fréquente au moyen-âge. Mr. le Docteur Calmeil a consacré deux volumes à l'étude de cette maladie.

Les fonctions organiques sont également troublées chez les mélancoliques.

Il ne suffit pas d'envisager la maladie au point de vue mental, ce, à quoi on s'est souvent borné. Les idées saillantes que l'on a remarqué chez les malades, les histoires très-intéressantes, très-émouvantes qu'ils racontent sur leur délire, ne sont point des caractères scientifiques : il faut toujours faire le tableau des phénomènes physiques à côté du tableau des phénomènes moraux.

Le sommeil est troublé : les mélancoliques

dorment très-mal. C'est un fait très-saillant dans tous les cas de délire. Le malade cesse de dormir, et s'il a un demi-sommeil, il a des rêves épouvantables qu'il peut raconter, quand il revient à l'état de veille. L'insomnie se prolonge souvent pendant plusieurs mois, mais le sommeil revient progressivement avec la convalescence. Les fonctions digestives sont troublées, et, comme dans l'hypochondrie, les troubles sont variés: l'appétit n'existe plus; les mélancoliques ne mangent pas ou mangent mal; la langue est chargée ou sèche: il y a une altération qui se manifeste surtout par le refus des aliments, et il arrive que l'on est forcé d'employer quelquefois les moyens violents, pour que le malade prenne quelque nourriture. Le refus des aliments est dû au trouble des voies digestives. On s'est trop occupé des idées mentales et pas assez des phénomènes physiques concomitants. Il faut dire cependant qu'il y a des aliénés qui refusent les aliments pour se suicider, d'autres pour obéir à des voix mystérieuses, religieuses, ou dans la crainte d'être empoisonnés.

Dans la mélancolie, l'on constate presque toujours que les fonctions digestives sont pénibles. Il y a des motifs très-divers de l'ordre physique intellectuel et moral.

La plupart des aliénés qui refusent des aliments n'ont pas la faculté de digérer, et ont une répulsion très-prononcée pour les boissons et les aliments. Les conceptions délirantes viennent en aide à ce refus d'aliments, mais le fait principal est que l'état des fonctions organiques est altéré; aussi faudrait-il chercher à modifier cet état particulier du système nerveux, car il tient souvent plutôt à des causes physiques qu'à des causes morales.

Les troubles de la digestion sont fréquents au début de la mélancolie.

Le malade éprouve des vomissements, de la constipation etc comme dans l'hypochondrie, mille phénomènes nerveux, abdominaux qui indiquent l'altération du tube intestinal; phénomènes étudiés par les anciens et par les auteurs modernes; moins peut-être par ces derniers.

On remarque que le pouls est très-ralenti, très-faible: dans quelques cas, c'est à peine si l'on peut le sentir. Les pulsations du cœur sont également ralenties; on ausculte et l'on n'entend rien; de même pour la respiration qui a lieu d'une manière très-lente: on

voit les mélancoliques obligés de recourir à des soupirs prolongés, pour rétablir l'équilibre de la respiration. Ils ont, la plupart du moins, les extrémités froides : il y a un désordre évident dans la circulation capillaire comme dans le reste : en un mot, toutes les fonctions sont atteintes : tous ces faits méritent d'être étudiés.

Dans les fonctions génitales, il y a un affaissement complet chez l'homme et chez la femme, surtout chez la femme, où l'on observe des troubles, des irrégularités remarquables. Esquirol a soutenu que le retour des règles coïncidait avec la guérison ; mais il a été constaté souvent que les règles se rétablissent sans que la folie disparaisse.

Indépendamment de ce trouble de fonctions, il y a certaines maladies qui sont, pour ainsi dire, inhérentes à la mélancolie, entre autres la phthisie pulmonaire, la fièvre typhoïde. Griesinger s'est surtout occupé de la pneumonie et le Docteur des malades qui refusent les aliments.

C'est surtout à la suite de maladies accidentelles que l'aliéné est obligé de se mettre au lit. Ce qui se produit le plus souvent ce sont des diarrhées, des lésions dans les fonctions intestinales qui peuvent arriver à un degré tel, que la mort s'en suit. Les diarrhées sont surtout très-fréquentes.

Il faut donc étudier l'homme dans son ensemble, étudier surtout les troubles qui peuvent se manifester dans le tube intestinal, dans les parties abdominales : troubles qu'observaient soigneusement les anciens, et qu'on néglige trop souvent aujourd'hui, pour ne s'attacher qu'aux phénomènes cérébraux. Il faut donc étudier avec soin le foie, les reins, les intestins, car leur état peut avoir une fâcheuse influence sur le cerveau. Toutes les maladies abdominales donnent aux malades un cachet de tristesse qui est remarqué par tous les praticiens, qui se manifeste surtout par l'état des organes génitaux.

Cette question a été très-étudiée en Allemagne ; elle a été négligée en France, où l'attention ne s'est jamais assez portée sur les phénomènes physiques.

La plupart des mélancoliques sont maigres, parceque les fonctions de la nutrition sont lésées chez eux. Leur peau se dessèche, devient comme cornée ; elle n'est pas seulement sèche, elle est rugueuse. Il y a là des caractères suffisants pour distinguer les mélan-coliques des autres variétés de la folie. Quand on voit un mélancolique reprendre de l'embonpoint, c'est

un signe certain de retour à la santé.

Quelle est la marche de la mélancolie?

Elle a des prodromes qui remontent très-haut. L'incubation de cette maladie est très-lente. Elle dure souvent jusqu'à deux ou trois ans: on peut alors espérer une guérison, impossible pour d'autres variétés.

Tandis que, chez la plupart des maniaques, il y a des rémissions et des paroxysmes, le mélancolique reste identique à lui-même. Quand on a observé un malade à un moment donné, on le retrouve dans ce même état, à un autre. La marche est uniforme, est lente. Quelquefois, il y a des modifications importantes: on observe des intervalles lucides, d'un jour, d'une demi-journée; on est étonné de les voir transformés pour quelques heures; malheureusement, le malade ne tarde pas à retomber dans sa maladie.

Il y a des mélancolies intermittentes: il y en a qui ont eu jusqu'à quarante fois le même accès pendant leur vie. L'invasion est rapide et la disparition est également rapide. Le malade qui guérit d'une maladie intermittente guérit très-promptement et semble comme transformé. Il y a instantanéité d'apparition et de disparition; mais dans la

plupart des cas, les malades n'arrivent à la guérison, que par gradations successives, lentement, successivement. Ils commencent à parler, à agir peu à peu; ils reviennent à leurs habitudes, à des sentiments affectueux pour leurs parents, leurs amis; on remarque de la rectitude dans leur jugement; ils rentrent dans le monde : bref, tout, ~~dans les~~ chez les malades, indique qu'ils marchent vers la guérison, bien qu'il se produise souvent des arrêts, des oscillations dans leur état.

Les mélancoliques guérissent quelquefois, du jour au lendemain. Il arrive que, dans l'espace d'un seul jour, le malade qui était tombé dans la stupeur, se met à parler, à écrire, reprend sa vivacité d'esprit. Ce n'est pas là une guérison qui présente des chances de durée; le plus souvent la guérison n'arrive que par une progression très-lente.

Après vous avoir parlé des caractères principaux, généraux de la mélancolie, j'entrerai plus avant, et vous parlerai avec plus de précision des différentes variétés de cette maladie.

13e Leçon.

Mardi, 18 Janvier 1870.

Messieurs,

Je vous ai parlé de la mélancolie envisagée en général, dans les caractères communs qui la distinguent soit de la manie, soit du délire partiel. C'est ainsi que cette maladie est décrite dans les traités, dans les ouvrages de Pinel et d'Esquirol. On se borne à parler de la mélancolie d'une manière générale, sans entrer dans les détails. Après cette description générale, on insiste seulement sur les idées dominantes relatives aux actes de meurtre, d'incendie ou aux idées délirantes; en un mot, on ne distingue la mélancolie que par les idées dominantes.

Il a cependant été fait une exception. On a distingué et on a étudié la mélancolie ~~par~~ avec stupeur, ou la stupidité.

Esquirol, Etoc-Demazy et plusieurs autres médecins se sont occupés de cette variété de la mélancolie, et l'ont

détachée de tout ce qu'ils avaient décrit sous les noms de mélancolie proprement dite.

Mais cette distinction n'est pas suffisante, et il est possible de diviser les mélancoliques en quelques grands groupes, en se basant sur les phénomènes morbides. Il faut mettre de côté les idées qui prédominent chez le malade: ces idées d'incendie, ces craintes du diable, etc, et établir des distinctions fondamentales, certaines, en rapport avec la marche de la maladie.

En procédant de cette manière, l'on trouve trois grands groupes.

D'abord la mélancolie anxieuse, caractérisée par une tristesse très grande, fonds de toute la mélancolie; souvent aussi il y a chez les malades une mobilité extrême, un besoin incessant d'activité qui se manifeste dans les paroles et dans les actes: ces deux espèces de mélancolie que l'on peut appeler l'une agissant, l'autre inactive, ont été admises par Esquirol.

Une autre variété, c'est la mélancolie dépressive, caractérisée par un état d'inertie, d'immobilité intellec=tuelle et morale, et enfin troisième variété, la stupeur ou la stupidité. C'est la variété la plus connue et

la plus facile à distinguer. Le Docteur Baillarger s'est surtout occupé de la stupeur et a donné à cette maladie une place principale.

Chez les mélancoliques les sentiments sont dans une prostration complète, l'on remarque une lésion générale qui se rapproche de l'état maniaque; on voit d'autres mélan=colique actifs, audacieux, entreprenants, remuants, ayant un fonds d'activité qui les rapproche de l'état des monomanes.

Telle est notre classification.

Pour bien comprendre la mélancolie ancienne, il faut parler de l'hypochondrie. C'est une névrose dont les anciens plaçaient le siége dans le système nerveux-ganglionnaire. On regarde souvent les hypochondriaques comme des malades imaginaires. Ils ont, en réalité, des phénomènes nerveux qui méritent l'attention des médecins, et c'est une erreur de croire qu'ils ne sont point malades, car la maladie est caractérisée au physique comme au moral, et n'est nullement le produit de l'imagination du malade. Il faut revenir à l'opinion des anciens qui la faisaient résider dans l'abdomen; elle produit sur le cerveau une réaction qui occasionne des troubles dans l'intelligence des malades.

Il y a surtout un trouble du système nerveux.

Chez les hypochondriaques, il y a des troubles digestifs, des tympanites, du délire, des désordres dans les diverses parties du corps, surtout dans la veine-porte, une variation très-grande dans l'appétit; il y a exagération ou perte de l'appétit; il y a, en un mot, des phénomènes très-divers, très-prédominants qui se produisent surtout dans le poumon, dans le cœur, dans l'abdomen, dans la digestion. Les garde-robes doivent aussi être examinées avec soin, et chose qui est un véritable caractère de la maladie, elles sont de la part de l'hypochondriaque l'objet d'une constante préoccupation. Mais indépendamment de ces phénomènes, il y a des altérations cérébrales, nerveuses du cerveau, et l'on a été jusqu'à rejeter complètement l'opinion des anciens. Mon père a cherché à démontrer que c'était une maladie du cerveau et non de l'abdomen. Le malade éprouve souvent du malaise dans l'abdomen, mais il a des préoccupations qui résident dans le cerveau. Il a la crainte de la mort poussée jusqu'au suicide; il y a des troubles cérébraux manifestes indépendants de toute maladie abdominale. Il y a, en d'autres termes, des hypochondries morales et des hypochondries physiques, des hypochondriaques de deux espèces, les uns s'occupant

de leur état mental, les autres de leur état physique. L'hypochondrie morale se rapproche de la mélancolie anxieuse; elle est caractérisée par la crainte de devenir fou. C'est là le premier degré de l'hypochondrie anxieuse. On la rencontre souvent dans le monde, peu dans les asiles; mais les praticiens constatent souvent cet état particulier des personnes qui paraissent encore capables d'exercer leur profession, leurs devoirs de famille, et qui sont tourmentées de la manière la plus pénible; et si vous examinez ce qui se passe dans leur intérieur, vous apercevrez tous les phénomènes que je vous indiquais tout à l'heure. Le malade raconte les préoccupations qui les poursuivent partout, au milieu des joies de la société, du tumulte du monde. Il sent qu'il est changé complètement, transformé. Il ne pense plus avec la même vivacité; le travail de la pensée devient pour eux une fatigue, une douleur, il s'abstient de lire, d'écrire; il s'éloigne de ses occupations ordinaires : ce changement, il le constate dans son intelligence, dans sa sensibilité. Il dit qu'il n'est plus capable de sentiments bienveillants, affectueux; qu'il est devenu égoïste; qu'il verrait mourir sa femme, ses enfants, sans éprouver la moindre douleur : qu'il ne peut plus goûter les sentiments affectueux qui lui étaient habituels. Il se

préoccupe avec raison de ces changements : ce sont des faits vrais qu'il constate. On croit souvent avoir affaire à des malades imaginaires, tandis que ce sont des hommes atteints d'aliénation mentale ; ils tourmentent les médecins, leur demandent s'ils ne sont pas aliénés. Ils ont conscience de leur état ; comme vous voyez, l'absence de conscience n'est pas un caractère de la folie, car souvent il y a des aliénés qui conservent la conscience de leur état.

C'est là la condition des hypochondriaques. Pour eux, le monde est entouré d'un voile sombre ; ils n'éprouvent plus de sensations, comme dans leur état normal. Il y a un changement dans leur état moral et intellectuel ; ils marchent vers la folie et n'ont que quelques pas à faire pour l'atteindre.

Ce qui caractérise la folie, c'est la production de quelques phénomènes ~~automatiques~~ ~~somatiques~~ qui viennent s'ajouter à cet état, à ce fond commun des hypochondriaques, soit dans l'ordre des sentiments, des instincts, des penchants, soit dans l'ordre intellectuel. Ils ont des peurs sans motifs, ils craignent d'être poursuivis, ils croient qu'on veut leur faire du mal. Ils ont des

craintes dont ils connaissent l'inanité, mais qu'ils ne peuvent éviter; ils éprouvent ces sensations comme l'homme qui a le vertige; il a peur de se précipiter, et il y a quelque chose qui l'attire, qui le pousse à se jeter dans le vide.

Au moral, ces malades sont dans la même situation; ils ont peur de leurs idées, ils ont des instincts violents, et ils ont peur de se livrer à leurs actes violents: cependant ils se trouvent attirés vers l'accomplissement de ces actes qu'ils éprouvent. C'est un état morbide pénible pour les malades, comme pour les personnes qui les entourent. Ce n'est pas là une variété de l'hypochondrie, c'est un trouble mental placé sur la limite qui sépare l'hypochondrie de la folie. Lorsque le malade est porté à accomplir des actes dangereux, il sait qu'il ne doit point les accomplir; on voit des malades combattre avec la plus grande énergie: ils cherchent à faire des voyages, à changer de domicile, à s'éloigner des personnes qui sont l'objet de leurs désirs de violence, mais ils ne peuvent chasser de leur esprit les idées qui les agitent. Il y a là un cas morbide qu'on ne peut exclure de la pathologie mentale.

Les malades sont souvent dominés par quelques idées bizarres; il leur pousse des idées inattendues, singulières

qu'ils sont étonnés d'avoir pu concevoir; elles sont en dehors de leur passé, elles surgissent on ne sait d'où. Il y a une catégorie de malades, dont M.r le Docteur Morel s'est spécialement occupé, chez lesquels se manifeste la crainte de toucher certains objets; leur crainte est tellement forte, que l'on voit des malades tomber dans des attaques de nerf, quand ils se voient obligés de toucher certains objets; ils fuient l'objet de leur répulsion; ils craignent que leurs vêtements n'y touchent; les objets qu'ils craignent de toucher sont le plus souvent des couteaux, des fourchettes, des rasoirs, &c.

Il y a donc de grandes variétés dans les prédominances; mais il y a dans le fond de la maladie de grandes ressemblances.

Nous arrivons à la mélancolie anxieuse. Ce qui domine dans cette maladie, c'est l'angoisse physique et morale qui se traduit par des terreurs qui ne peuvent se formuler. Les malades sont tellement anxieux, qu'ils éprouvent un besoin continuel de se plaindre. Ils ne peuvent rester assis; ils ne peuvent dormir; ils se promènent le jour et la nuit, répètent les mêmes paroles avec une persistance maladive. Ils sont comme enfermés

dans un cercle dont ils ne peuvent sortir. Quelquefois, c'est l'échafaud qu'ils craignent; d'autres fois ce sont des craintes relatives au diable, des craintes de damnation. Sans doute, ces idées peuvent exister chez d'autres mélancoliques, mais ce qui distingue surtout la mélancolie anxieuse, c'est qu'ils ne peuvent rester en place: ils parlent sans cesse, remuent constamment, n'ont pas un moment de répit.

Un état tout à fait inverse se remarque dans la mélancolie avec dépression et dans la stupeur.

La mélancolie dépressive a des caractères divers. Depuis les degrés légers jusqu'à la stupidité, il y a un nombre considérable d'échelons intermédiaires. Cette variété est souvent consécutive à des maladies aiguës: elle arrive souvent à la suite d'une maladie comme la fièvre typhoïde ou d'un chagrin profond, d'une grande émotion. Elle ne se produit point par une génération intellectuelle; elle n'arrive pas d'une manière progressive, successive; elle tombe d'emblée. La mélancolie commence d'emblée par une excitation qui est de peu de durée; puis un apaisement se produit chez le malade. La circulation se ralentit; il y a un état de com=pression cérébrale très prononcé. Un médecin, Mr. Etoc Demazy, a démontré, en se basant sur des autopsies, qu'il existe, dans

ces circonstances, chez les malades, de l'œdème cérébral.

Les malades peuvent rester dans cet état, pendant des années, mais ils peuvent aussi guérir pour très-long temps : cependant, la durée doit être prise en très-sérieuse considération. On a confondu cet état avec la démence. On a cru que l'intelligence avait complètement disparu, mais des études sérieuses ont été faites, et ont montré un délire d'une espèce particulière ; délire, du reste, très-difficile à observer, parceque le malade prononce peu de paroles. Mais quand il arrive à la guérison, on obtient de lui des renseignements très-suivis, très-exacts.

Mr. Baillarger a fait des observations très-nombreuses, pour montrer que ces malades sont dominés par des idées étranges : ils se croient transportés en enfer ; ils obéissent à des voix terribles qui leur commandent de rester dans immobilité complète ; ils craignent de tomber, et tout cela est dû surtout à une hallucination. Ils se trouvent contraints, par une force supérieure, à rester dans l'immobilité, dans le mutisme, dans le silence. Il faut tenir compte de ces idées dominantes. On a vu souvent des mélancoliques accomplir des actes violents, se livrer à des tentatives

de suicide, et quand le malade guérit, il explique le motif de ses actes. On voit peu de malades atteints de stupidité, tomber dans un véritable état de démence : cependant, il y a quelques cas, surtout à la suite de l'hystérie, de l'épilepsie, de la fièvre typhoïde où l'on remarque une absence complète de l'intelligence : cela a été prouvé par un travail de Mr. Sauze.

Cette forme de mélancolie est très-lente dans sa marche, et régulièrement continue. Il y a bien sans doute des instants lucides : les malades se réveillent pendant quelques heures, mais pas davantage : mais ces réveils sont très-rares. Dans la plupart des cas, la marche de la maladie est continue ; la maladie dure long temps : plusieurs années ; cependant elle est curable ; quelquefois, après deux, trois et quatre ans, on a tenté des moyens de guérison très-énergiques, comme l'éthérisation, l'hydrothérapie, les moyens les plus violents de dérivation, avec succès. On parvient à réveiller la sensibilité de ces malades : les guérisons sont assez fréquentes ; cependant, il y a des cas d'immobilité : on voit les malades rester dans les asiles indéfiniment. Il y a même des morts qui sont la conséquence de l'état cérébral, et c'est alors qu'on a admis les démences cérébrales.

9e Leçon.

4 Janvier 1872.

Messieurs,

J'ai déjà fait à peu près la moitié de mon cours de cette année : j'ai parlé de toutes les variétés de l'aliénation générale ; j'ai parlé du délire aigu causé par les poisons et l'alcool jusqu'à la manie sans délire, c'est-à-dire d'un état de folie générale qui se rapproche de la folie partielle. J'ai à m'occuper maintenant des différentes variétés de l'aliénation partielle. On a divisé l'aliénation mentale en deux classes : le délire général et le délire partiel. La classe du délire partiel est beaucoup plus étendue et comprend un plus grand nombre de malades contrairement à l'opinion dans le monde ; le délire général est plus rare dans les asiles d'aliénés. Au lieu de considérer les aliénés comme atteints d'un délire très-étendu et de les regarder comme

ces êtres dont l'intelligence arrive presque à l'incohérence, il faut se mettre dans l'idée que les aliénés sont atteints presque tous de délire partiel et que la grande majorité se présente, à première vue, comme des hommes raisonnables. En apparence, extérieurement, ils ne sont pas semblables à ces insensés que l'on fait paraître dans les pièces de théâtre. L'aliénation délirante, ou trouble général, est une exception dans les asiles d'aliénés. Il n'y a qu'à comparer la section des agités avec les autres sections, on constatera qu'il y a au plus 10-15 malades dans cette catégorie sur 100 qui se trouveront dans les autres, dans les sections des malades tranquilles. Par conséquent, la proportion des aliénations partielles est beaucoup plus nombreuse que la proportion des aliénations générales. On a cherché à subdiviser ce groupe en plusieurs branches. On l'a divisé d'abord d'après l'état de tristesse ou de gaieté. Cette division nous a été transmise par l'antiquité; elle a été conservée au moyen-age et Pinel et Esquirol l'ont admise. Dans les ouvrages de Pinel, les aliénés sont distingués en deux groupes: les mélancoliques à idées tristes et les mélancoliques à délire paraissant gai. Esquirol, comprenant ce qu'il y avait de faux dans ces

dénominations, a donné à ces groupes des noms nouveaux. A l'aliénation qui paraissait avoir des idées gaies, ou délire expansif, il a donné le nom de monomanie et il a introduit dans la science une doctrine qui a engendré un grand nombre d'erreurs. Elle repose sur cette idée que ces aliénés sont des aliénés à délire unique ou même à une seule idée. Quoi qu'il en soit, pour Esquirol la monomanie ne représente pas seulement un délire unique, mais un délire expansif, un délire à fond de gaieté ou activité opposé à l'autre forme de la mélancolie, de la mélancolie à forme dépressive. Ce sont là les deux grandes divisions: le délire paraissant gai ou expansif et le délire paraissant triste ou dépressif. Chacun de ces délires se subdivise ensuite en un grand nombre de variétés. Voilà ce qui sert de base à ces distinctions. Le délire partiel a été étudié au point de vue des idées pré=dominantes et au point de vue des facultés lésées ou des actes accomplis par le malade. De là trois grandes divisions: le délire intellectuel, la mono=manie instinctive et le délire affectif. La mono=manie de l'orgueil, les idées religieuses ou la

Théomanie, la démonomanie, ou manie avec prédominance d'idées relatives au diable. On a encore multiplié ces divisions. On a divisé à l'infini comme Guislain qui les a multipliées et qui les a portées presque à 100. Indépendamment de ces deux espèces de classification, il y en a une troisième basée surtout sur les actes. Cette classification a été adoptée surtout pour la médecine légale : la manie du suicide, la manie de l'homicide, la manie du vol, la manie de l'incendie, dénommées d'après les actes prédominants. Au point de vue de la médecine légale ces distinctions ont de la valeur, puisque ce sont les faits soumis au médecin ; mais cette division a de grands inconvénients au point de vue de la science, parce qu'on croit que l'acte est le fait principal ; que l'homicide, le suicide, le vol et l'incendie deviennent le fait dominant et presque unique, sur lequel le médecin appelle l'attention des élèves ou des magistrats. C'est là une grande erreur sur laquelle j'aurai occasion de revenir. Aujourd'hui, je veux me borner à quelques généralités sur l'aliénation partielle en général et sur la mélancolie en particulier. Sur l'aliénation partielle en général, la première question à poser est celle-ci : L'aliénation partielle ne doit pas

être étudiée au point de vue des idées prédominantes, au point de vue des facultés lésées, au point de vue des actes, mais au point de vue de l'état général de la sensibilité. Il faut prendre l'homme en entier, et étudier l'homme tout entier, dans tous ses phénomènes moraux, dans tous ses phénomènes physiques, dans tous les phénomènes morbides qu'il présente, au lieu de se borner à quelques points saillants. Ainsi, quand vous interrogez un aliéné, au lieu de vous contenter de prendre des notes sous sa dictée, d'écrire textuellement ses paroles, il faut aller plus loin, il faut voir le fond de son état maladif, au lieu de vous borner à la superficie, aux idées qu'il émet, aux idées religieuses, aux idées érotiques, à la monomanie, aux idées du diable, il faut voir l'état général du malade. Or, même dans l'aliénation partielle, il y a un état général et c'est sur cet état général que repose principalement la classification suivant que cet état est expansif ou dépressif. Chez tous les mélancoliques toutes les facultés sont diminuées. Voilà l'état général, quelle que soit la prédominance de certaines idées. De même dans certaines variétés

de mélancolie il y a expansion, activité; le malade a besoin d'agir, de se produire au dehors, d'écrire des lettres. Il change de domicile, s'irrite, prétend qu'on le persécute, qu'on le tourmente; il s'en prend à des ennemis imaginaires; il a un fond d'expansion, alors même qu'il n'a plus un fond de gaîté qui n'existe que dans certaines formes, surtout dans la paralysie générale, de sorte que pour bien étudier les aliénés atteints de délire partiel, il faut étudier le fond de leur état maladif, de leur état général; il faut voir l'ensemble de l'aliénation telle qu'elle se présente à la vue; il faut observer l'aliéné dans ses actions, dans sa manière d'être, dans ses paroles. Vous voyez l'opposition du délire expansif et du délire dépressif. Les malades atteints du délire dépressif sont immobiles, parlent à peine, n'ont aucun mouvement ni dans l'intelligence, ni dans le physique; ils sont immobiles; ils sont muets ou du moins ils ont peu de tendance au mouvement et à la parole. Les autres, au contraire, les malades atteints du délire expansif, ont besoin de parler et d'agir. Ce sont là des faits généraux dont il faut tenir compte dans l'observation.

Il y a un autre fait important, c'est l'évolution, c'est la marche, l'évolution de la maladie et des idées délirantes qui paraissent. Il faut tenir compte de ces évolutions; il ne faut pas s'imaginer que la folie se produit par des déductions logiques comme nous le montrent les romanciers. Il ne faut pas croire qu'une personne, par suite de chagrins, passe de préoccupations morales à des préoccupations maladives. Telle n'est pas la génération de la folie; elle ne procède pas par voie de déduction logique dans l'immense majorité des cas. Ainsi, par exemple, une personne est très profondément affligée par la perte d'un parent ou d'une personne qui lui était chère. Cette mort subite l'afflige profondément; elle est dans les conditions de la douleur normale, naturelle, mais, peu à peu, disent les philosophes, cette douleur naturelle, légitime se transforme en une exagération morbide; il y a comme une transition insensible entre cet état de sensibilité et l'état morbide: le malade arrive peu à peu à croire que la personne est vivante; il croit qu'elle est ressuscitée, qu'elle lui apparaît pendant le

jour, pendant la nuit; elle lui parle, lui donne des conseils, des ordres; voilà le passage effectué, dit-on, entre l'état normal et l'état maladif. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Il y a production de phénomènes multiples dans l'ordre moral et dans l'ordre physique; il y a un état cérébral. Il y a un moment où l'état morbide se produit; il y a un état de trouble général. L'individu qui était triste arrive à une confusion générale; il y a une mélancolie vague; il y a ennui, dégoût de la vie, un ennui indescriptible qui constitue le stade mélancolique, qui précède la folie dans beaucoup de cas comme l'a marqué Mr. Guislain. Indépendamment des phénomènes de l'ordre moral, il y a des troubles dans les fonctions de la digestion. L'individu est malade physiquement et moralement; il est malade, au lieu d'avoir une tristesse physiologique comme le pensent les philosophes. Il faut donc, dans l'étude de l'aliénation partielle et de ses développements, tenir compte de ces faits morbides qui séparent la période d'incubation de la période d'état de la maladie. On peut arriver à la folie par des causes morales; on y arrive souvent par des causes morales; mais, quand

la maladie est accompagnée de troubles physiques, le médecin doit noter tous ces faits pour la connaissance exacte des maladies mentales. Non-seulement il faut étudier la production de la folie, mais la production des idées délirantes. Elles ne naissent pas tout à coup dans une intelligence saine sous les autres rapports; elles ne poussent pas comme des plantes adventices, parasites sur un sol qui ne serait pas disposé à les recevoir. Alors même qu'elles sont implantées, ces idées fausses ne prendront pas racine. Pour que des idées délirantes prennent racine, il faut que l'intelligence soit préalablement troublée. Il y a là un état d'incubation, de production du délire qui précède la production des idées délirantes. Le malade commence par être triste, par voir la vie à travers un prisme de découragement; il éprouve des des tendances à l'hypochondrie, au suicide avant d'avoir des idées délirantes: le malade commence par un état général de tristesse. Avant d'avoir des idées délirantes, le malade commence à rechercher dans la vie passée, dans les faits qui se sont accomplis, dans son entourage la cause de cette tristesse. Il s'accuse

pour des faits anciens; il croit avoir été coupable; il se reproche telle ou telle action de sa vie; il accuse les uns ou les autres; il cherche des ennemis partout, des personnes qui lui en veulent, qui ont pu produire cet état de tristesse, et c'est alors que peu à peu, hésitant entre ces diverses idées délirantes, il se fixe à quelques idées, il s'y accroche. Ce n'est que par un travail très-lent qu'il arrive à ce résultat, qu'il passe de l'état vague qui est l'état primitif de la folie et qu'il arrive à l'état de fixité. Il faut souvent plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années pour que l'aliéné arrive de l'état vague à l'état fixe. C'est ce que nous verrons à propos d'études ultérieures. Ainsi, voici les généralités sur l'aliénation partielle.

Il faut toujours étudier l'état général avant les idées prédominantes; il faut étudier l'évolution de la folie et des idées; il faut tenir compte de tous ces faits, mais il faut aussi étudier la marche. Il y a l'évolution, des rémissions, des paroxysmes, absolument comme dans l'aliénation générale, l'aliéné n'étant pas toujours semblable à lui-même. Il y a des moments dans lesquels ses idées sont plus fortement égarées: c'est la période aiguë; tandis qu'il est d'autres périodes,

les périodes de rémission pendant lesquelles l'aliéné conserve les mêmes idées, mais ces idées ne le poussent pas alors à l'action, étant moins dominé par les idées délirantes. Les idées ont perdu de leur influence, de leur pouvoir dominateur et alors le malade, dans ces moments là, est plus susceptible de paraître guéri; il se manifeste, en un mot, d'une manière toute différente, quoique le mal soit le même. Il y a donc des période de paroxysme et des périodes de rémission. Et cependant on décrit l'aliénation comme étant toujours la même; les magistrats croient que l'aliéné est toujours semblable à lui-même, s'ils l'ont observé dans un moment où l'aliéné avait des idées très-lucides, où il ne paraissait pas atteint de folie; ils ne veulent pas admettre que quinze jours après il aura des moments pendant lesquels ses idées démontreront sa folie. Les magistrats ne veulent pas admettre ces variations. Il faut que le médecin attire leur attention sur ce point. Les considérations générales ont une grande importance au point de vue clinique et au point de vue de la médecine légale. Ce qui est difficile pour les magistrats et les avocats,

c'est de comprendre la folie bornée à une seule série d'idées, si vous parvenez à leur démontrer que même la folie partielle a une marche et un développement, qu'elle est soumise aux mêmes lois que la folie générale, qu'il est des moments pendant lesquels on peut constater ce phénomène, qu'il y a une maladie qui suit l'ordre de la pathologie, alors vous pourrez faire exonérer plus facilement l'aliéné, quand dans l'état de paroxysme il a commis un meurtre, un incendie, un vol ou un acte quelconque justiciable des tribunaux. Ceci est très-important au point de vue de la responsabilité partielle, c'est-à-dire que le même aliéné par exemple, serait responsable pour certains actes et ne le serait pas pour d'autres. Ainsi, un malade qui a des idées de persécution tuerait une personne qu'il rencontre, sous prétexte qu'elle est son ennemie, les magistrats admettent que c'est en vertu de son délire qu'il a agi et qu'il n'est pas responsable à cause de son délire; mais il accomplit un vol ou un acte dans les mêmes conditions, le magistrat dit : "cet acte n'a aucun rapport avec le délire du malade, il doit en être responsable." C'est scinder la responsabilité humaine en deux : on rend le malade responsable ou non responsable suivant que

l'acte est ou non en rapport avec le délire. Cette théorie est le résultat de la théorie erronée de la monomanie. On a cru qu'il y avait fragmentation dans l'intelligence; on a cru que le même homme pouvait être idiot et ne pas l'être. On a admis parallèlement la même division dans le libre arbitre; on a admis qu'un homme n'était pas responsable d'actes commis en vertu de certaines idées délirantes, mais qu'il était responsable pour d'autres actes. Cette fragmentation de l'homme qui a été admise dans la science a eu son retentissement dans la médecine légale. Ainsi, le magistrat en admettant la responsabilité partielle admettait que le même individu peut être responsable dans certains cas et ne doit pas l'être dans d'autres. Cette fragmentation n'est pas possible. Dès lors qu'il est démontré qu'un individu a agi en vertu d'une tendance morbide, il doit être exonéré; si, au contraire, il est démontré qu'il n'est pas ~~malade~~ aliéné, comme on peut le faire pour certaines hystéries, pour certaines névroses qui peuvent ne pas troubler complètement l'intelligence, il faut rendre l'individu responsable,

mais il faut distinguer l'homme malade de l'homme sain d'esprit; il n'y a pas d'autre distinction possible; on ne peut pas admettre une responsabilité partielle proportionnée au degré du délire de l'individu. Vous voyez donc que ces études générales ont des conséquences pratiques d'une grande importance. Après ces généralités sur l'aliénation partielle, j'arrive à la première variété, au premier genre, c'est-à-dire à la mélancolie ou à l'aliénation dépressive. Elle comprend un très-grand nombre de cas et il importe de la diviser en plusieurs groupes.

Mais, pour aujourd'hui, je veux vous indiquer, sous une forme générale, les caractères principaux de la mélancolie, quelle que soit la variété. Pour étudier la mélancolie, sous cette forme générale, il faut se servir des données psychologiques. Plus tard, lorsque nous arriverons aux variétés, nous descendrons sur le terrain clinique proprement dit; mais, en ce moment, il faut se servir des divisions psychologiques. Nous avons donc à étudier l'état de la sensibilité, l'état de l'intelligence. La sensibilité morale est la véritable base de la mélancolie. Un mélancolique est malade moralement avant d'être malade intellectuellement;

c'est par la sensibilité que le mélancolique est pri-
-mitivement atteint. On commence par être triste, mélancolique sans savoir pourquoi, sans motif. Cela tient quelquefois à une lésion d'organes sous-diaphragmatiques, du foie, des reins, des intestins. Sous l'influence de lésions physiques on arrive à un état de tristesse qui n'est pas motivé. On observe que ces malades ont une maladie des voies génitales urinaires. Cette maladie entraîne souvent à sa suite le dégoût de la vie, le désespoir. C'est un fait physiologique très-bien établi. Il en est de même pour d'autres circonstances abdominales ou hémorroïdales assez bien étudiées par les aliénistes allemands. Les anciens se servaient du mot mélancolie qui indiquait la bile noire, qui indiquait qu'il y avait altération des organes sous-diaphragmatiques comme pour l'hypochondrie; ils mettaient le siège dans le système nerveux. C'est donc de ce côté qu'il faudrait rechercher les principales causes étiologiques de la mélancolie. Quoi qu'il en soit, l'individu commence par être triste, se désespère, éprouve un malaise général, un sentiment général d'accablement,

de faiblesse, de désespoir, un profond abattement; il commence par ce dégoût de la vie, par ce tædium vitæ. C'est par ce stade mélancolique que débute la folie mélancolique. On commence par être triste, et triste sans savoir pourquoi. Le malade a conscience de son état; il se désespère, se sent malheureux; il a des idées de suicide motivées par cet état de tristesse qu'il ne sait expliquer et dont il est très-péniblement préoccupé. Il sent de la douleur, de la douleur morale. C'est un état d'émotivité, qui est le point de départ véritable de la mélancolie. Au milieu de cette tristesse l'homme a besoin de rechercher quel peut en être le motif. Il veut remonter à l'origine, se demander ~~le motif~~ les causes de cette tristesse; il les cherche dans son monde intérieur ou dans le monde ~~ou~~ extérieur; il les recherche dans les actes qui ont accompagné sa jeunesse et son adolescence. Il remonte très-loin dans sa vie, et, peu à peu, il arrive à se demander s'il n'est pas coupable de telle ou telle faute, s'il n'a pas eu tort de faire telle ou telle action principale de sa vie; il arrive à des idées de culpabilité, à des idées de damnation. D'autres, au contraire, vont chercher dans le monde extérieur la cause de leur tristesse maladive; ils se demandent s'ils ne sont pas soumis à une

influence fâcheuse, s'ils n'ont pas des ennemis, si tel signe, si tel geste qu'ils ont remarqué dans la rue, fait par des passants ou par des personnes avec lesquelles ils étaient en rapport, si cela n'a pas été fait avec l'intention de leur nuire, de se moquer d'eux, de leur causer de la peine. Ils prennent la cause de leur tristesse dans le monde extérieur, de la part d'individus qui peuvent être considérés comme la cause de leur état maladif. Dans d'autres cir=constances, l'aliéné cherche la cause de sa maladie dans des circonstances générales, dans des influences occultes et c'est là la plus grande cause qui ait existé de tout temps et dans tous les pays. Ainsi, au moyen-âge, on accusait la sorcellerie, la magie. A notre époque, on accuse la physique, la police, le magnétisme, le somnambulisme. L'aliéné cherche des causes extérieures, des influences générales pour expliquer les sensations qu'il ressent et qu'il ne sait à quoi attribuer. C'est par ce procédé de généralisation excessive que se produisent les idées délirantes; mais le fond primitif, c'est l'état de tristesse, l'état d'affaissement de toutes les facultés

qui donne naissance à des idées successives qui fournissent l'explication d'un état autrement inexplicable. Ainsi, les aliénés partent du même fond mélancolique et ils arrivent, les uns à des idées de richesse, de grandeur; les autres, au contraire, à des idées de persécution par la police, par la sorcellerie, par le diable, par la magie, par toutes les sciences occultes imaginables. Voilà la genèse de l'idée mélancolique, mais il nous faut d'abord étudier le fond mélancolique lui-même, car ce fond mélancolique existe dans le domaine de la sensibilité morale et physique. Il y a là un état général mal étudié du système nerveux, ~~pro~~ (cellules) ganglionnaire, un trouble nerveux donnant lieu à des malaises, à une sensation pénible, à des sentiments de désespoir, d'ennui, sentiments qui sont la base ~~générale et~~ véritable des idées mélancoliques. C'est pourquoi ce traitement par l'intimidation le traitement par le raisonnement qui paraissait si logique à première vue et qui consiste à combattre les idées des malades par d'autres idées ne réussit presque jamais. Vous avez beau chercher à les combattre par le raisonnement; vous n'arrivez pas à détruire le fond maladif qui est la vraie cause de ces idées délirantes, et quand même

vous parviendriez à force d'efforts à enlever ces idées délirantes, ce qui arrivera très-rarement, alors l'idée dominante, l'idée qui semblait la principale, est remplacée par une autre, parceque vous n'avez pas changé le sol maladif. Il faut donc diriger les études contre l'état général et non pas contre telles ou telles idées prédominantes qui ne sont, en somme, que le ~~fait~~ résultat et non pas la cause. Ce qu'on observe dans le domaine de la sensibilité peut s'observer également dans le domaine de l'intelligence. Chez les mélancoliques, l'intelligence elle-même est très-troublée, même chez les mé=lancoliques qui paraissent raisonner avec le plus de justesse; elle est ralentie. Les mélancoliques en général sont plus absorbés qu'attentifs. Esquirol avait décrit les mélancoliques comme ayant l'attention très-concentrée. La plupart des mélan=coliques sont (au contraire) dans le vague; ils ont peine à réunir des idées, eux-mêmes disent qu'ils ne peuvent plus penser, qu'ils n'ont plus la force de penser: je ne puis plus relier mes idées, vous diront la plupart des mélancoliques. Je

ne puis plus penser, je suis comme un imbécile; je n'ai plus la faculté de fixer mon attention, je ne puis plus lire, je ne puis plus écrire, ma tête est vide; j'ai complètement perdu mon intelligence, je ne suis plus moi-même; je ne puis plus penser. Ces locutions indiquent l'état général de l'intelligence.

L'intelligence est ralentie dans ses mouvements, les idées sont très-rares chez les mélancoliques, elles sont presque toujours les mêmes; il n'y a presque aucun mouvement dans leurs pensées. Au lieu de se succéder avec rapidité comme chez les maniaques, elles sont très-lentes. L'intelligence n'a pour ainsi dire pas de mouvement. Les mélancoliques pensent peu et ils pensent toujours à la même chose et, en dehors de ces pensées, ils ne sont pas capables d'en avoir d'autres; ils sont dans un cercle très-restreint. Leur intelligence est extrêmement ralentie dans ses mouvements; les mélancoliques ne peuvent plus lire, étudier, exercer leur intelligence qui a perdu une grande partie de son activité et de sa puissance. Quelquefois, elle arrive à un tel degré de stagnation avec tendance à la stupeur que c'est la stupidité complète; quelquefois, il y a suspension

presque complète de l'intelligence ; il n'y a plus d'idées ; le mouvement cérébral est anéanti dans un degré extrême. C'est sur ce fond général de la sensibilité pervertie et de l'intelligence ralentie quand elle n'est pas complètement suspendue que germent peu à peu les idées maladives dont je vous parlais tout à l'heure et qui ne sont que l'expression extérieure de la maladie, mais n'en sont pas l'expression véritable. Les malades parlent de leur dégoût de la vie, de leur ruine, de leur culpabilité, de leur mort prochaine, des malheurs qui vont fondre sur eux ; on va les conduire à l'échafaud, on vient les faire mourir à petit feu, les tuer, les assassiner, les empoisonner ; les idées varient, mais le fond mélancolique est toujours le même et c'est ce fond qu'il faut étudier préalablement avant d'étudier les idées prédominantes qui sont le côté purement saillant. La volonté elle-même est altérée. Les mélancoliques vous disent : "Je voudrais bien marcher, manger, avoir de l'affection pour mes amis, faire ce que vous me dites, faire ceci, faire cela, mais je ne le puis pas. Je me sens incapable de vouloir ;

toute parole m'est presque impossible; je ne puis pas." C'est là le résumé du langage des mélancoliques. C'est que chez eux la volonté est affaiblie comme l'intelligence et la sensibilité. C'est là un fait fondamental; leur volonté est déprimée, elle est réduite à l'impuissance. Les mélancoliques ne peuvent pas vouloir; ils désireraient, en quelque sorte, vouloir, mais ils ne peuvent y parvenir. Cependant il y a une distinction importante à établir et il y a dans ces mélancoliques deux grandes variétés: il y en a dont la volonté est impuissante, qui restent immobiles des mois entiers, qui parlent à peine. Mais il en est d'autres qui ont une sorte d'activité automatique. Cette activité n'est pas toujours volontaire, mais elle est incessante. Ils ont besoin de se plaindre, de gémir, de parler à haute voix, à faire part de ce qu'ils éprouvent. Les mélancoliques actifs sont, comme le disait Esquirol, ceux qui représentent la douleur, qui crient par opposition à la douleur, qui se taisent. Il faut tenir compte de cette distinction. Il ne faut pas représenter tous les mélancoliques comme immobiles, muets, incapables de se mouvoir et d'agir; il en est qui sont anxieux, qui ont besoin de parler, de se plaindre, de

marcher en long et en large, de tourner en cercle; qui ont besoin de mouvement dans le sens de leurs conceptions maladives; qui ont besoin de marcher, qui ne peuvent pas rester assis, qui ne peuvent pas faire autre chose que de déplorer constamment leur situation, de répéter les mêmes phrases. En dehors de la sphère de leur délire, ils sont incapables d'activité, ils sont impuissants à rien faire, ils ne peuvent ni se coucher, ni manger, ni s'habiller; ils ne sont capables que d'une chose, c'est de faire entendre des clameurs, des cris incessants, des lamentations per=pétuelles. Voilà le seul genre dont ils sont susceptibles. En dehors de leur délire, ils ne peuvent agir pas plus que les autres mélancoliques inertes et stupides dont je vous parlais tout à l'heure. Vous voyez donc, qu'en se tenant dans ces données générales, on peut faire un portrait d'ensemble du mélancolique. On peut se le représenter atteint dans sa sensibilité, dans son intelligence, dans sa volonté, dans sa manière d'agir, dans l'ensemble de ses actes. A côté de ce portrait moral, il faut joindre le portrait physique. Les mélancoliques, en outre

de ces phénomènes, ont atteint dans la sphère de la sensibilité physique et morale; ils ont une hypéresthésie, une exagération du sens de la douleur. Quelques-uns représentent de la sensibilité, mais c'est à l'état névro=pathique névralgique et c'est avec raison que quelques auteurs allemands ont attiré l'attention sur la folie névralgique, dans les névralgies de la face, dans les névralgies intercostales abdominales. Les observations poursuivies par les médecins allemands et par le Docteur Ohrl, médecin d'un asile de Bâle, méritent d'être continuées. Les allemands y ont ajouté; ils ont cherché à combattre la névralgie par la méthode hypodermique, par des injections de morphine. Ils ont réussi, dans quelques cas, à calmer l'état nerveux en même temps que l'état mélancolique d'où on a tiré la conséquence que le système nerveux des mélancoliques est donc atteint dans un certain nombre, sous la forme hypéresthésique et qu'ils sont atteints également sous la forme de la motilité, sous le rapport de tous les mouvements. Ils ont presque tous besoin de repos, de rester dans la position où on les place, de rester au lit, de rester assis des journées entières sur une chaise ou sur un fauteuil;

il faut les traîner pour les faire marcher, pour les faire changer de position; ils ne mangeraient si on ne leur présentait pas les aliments; il y a une absence de tendance au mouvement. C'est le contraire pour les maniaques que nous avons décrits. Les mélancoliques ont une tendance au repos, à l'immobilité; ils sont, en quelque sorte, transformés en statue. Ce qui est vrai avec les mélancoliques avec stupeur, l'est aussi de l'idiotisme accidentel. Les fonctions organiques se ressentent de ce trouble, la digestion se fait très-mal; les fonctions digestives sont presque nulles; il n'y a pas d'appétit; il y a dyspepsie, des flatuosités, tympanite; il y a des troubles du côté des fonctions digestives et ces troubles entraînent des lésions de la nutrition; il y a refus des aliments, c'est un fait très-fréquent. Ce refus des aliments est dû quelques fois à des idées d'empoisonnement ou à des hallucinations du goût ou de l'odorat, à des hallucinations religieuses, à des ordres supérieurs qui ordonnent de ne pas manger. D'autres fois, ce refus des aliments est une des formes de la manie du suicide. Les malades veulent se tuer. Mais

quelquefois, il est dû à un état organique, à des lésions du système nerveux qui a pour conséquence la perte de l'appétit. Ils sont comme les animaux hibernants, qui, pendant la période de torpeur, n'ont pas besoin de réparation; ils consomment moins par cela même qu'ils font une moins grande déperdition de forces. La nutrition est profondément altérée chez les mélancoliques. Leur peau est comme parcheminée, desséchée. La plupart de ces malades paraissent beaucoup plus âgés qu'ils ne le sont réellement; ils paraissent avoir 10 ans de plus que leur age. Les fonctions de sécrétion se ressentent également de ce désordre; les urines sont rares, les sécrétions de salive sont peu abondantes, la peau est sèche, la constipation est habituelle et souvent elle est rebelle. Il y a suppression des sécrétions. Dans d'autres circonstances la circulation est troublée; les bruits du cœur s'entendent très-difficilement; les malades ont les extrémités froides, bleuâtres, quelquefois enflées. Les malades deviennent bleus, sont dans un état parfaitement caractérisé analogue à celui de quelques maladies du cœur; il y a ralentissement de la circulation avec œdème des extrémités qui donne

des inquiétudes même pour la vie; il y a des hallucinations surtout de l'ouïe: les malades croient entendre des voix. La marche de cette maladie mérite encore d'être étudiée: la mélancolie est très-lente dans son évolution qui dure toujours plusieurs mois, quelquefois même plusieurs années. Il n'y a pas de maladie plus lente et plus longue. La mélancolie est assez uniforme dans sa marche; pendant plusieurs mois elle ne change pas; cependant il y a la mélancolie rémittente et intermittente. Les intermittences se produisent sous forme d'accès, c'est-à-dire que les accès ont le même caractère. Un accès de mélancolie se produit une première fois, les accès successifs sont identiques, reproduisent le premier, sont toujours les mêmes. C'est le caractère de la folie intermittente. L'invasion des folies mélancoliques intermittentes est brusque, rapide, et leur cessation l'est également. Leur cessation est très-brusque et quelquefois si rapide qu'il y a changement d'état du jour au lendemain, c'est comme un voile qui tombe. Le malade ne peut pas comprendre comment il pouvait se préoccuper des choses qui maintenant lui paraissent

sans importance, tant le changement est brusque, subit. Quelquefois il y a une simple rémittence. C'est le cas habituel. Il y a paroxysme et rémission. C'est une rémission, ce n'est pas une cessation complète. Toujours le malade est dominé par la tristesse. Il est moins porté aux accès, peut dissimuler son délire. On peut arriver à obtenir sa sortie de l'asile. Il y a là une cause d'erreur pour les médecins. Après quelque temps la maladie reprend son empire, le malade recommence à exprimer les mêmes idées qui étaient restées chez lui à l'état latent. Vous voyez d'après cette description qu'on peut arriver, même dans l'état d'imperfection où se trouve la science, à faire un tableau général très-applicable à tous les cas; on peut arriver à décrire la mélancolie telle qu'elle est en thèse générale, quelle que soit la variété des formes particulières. Le mélancolique est atteint dans sa sensibilité morale. Par suite de cet état maladif du système nerveux, il est triste, malheureux; alors surgissent des idées tristes, fausses qui portent tantot sur son individualité, tantot sur le monde extérieur. Ces idées, il en cherche la cause, l'explication, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, fait l'historique de sa

maladie; il remonte à des idées prédominantes qui fixent son attention. Les idées fixes deviennent l'occupation de sa mélancolie; c'est la seule chose dont il parle. Quand vous lui adressez la parole, vous ne pouvez pas avoir d'autre réponse: il vous dit qu'il a des ennemis, que tout le monde le persécute, qu'il est entouré d'ennemis, qu'il est condamné, qu'on veut le conduire à l'échafaud, lui faire perdre sa fortune. Voilà les idées que le mélancolique énonce à tout venant. Mais il faut quelquefois une peine extrême pour avoir cet aveu qui représente son état. Mais même dans ces mélancoliques muets le délire peut se manifester soit par des paroles, soit par des actes et devenir sensible. Mais il n'y a que dans les cas extrêmes où le mutisme arrive au dernier degré. Toutes les fonctions sont troublées: les fonctions de la digestion, de la sécrétion, de la nutrition, tout est troublé, non pas seulement l'état mental, mais aussi l'état physiques dans toutes les fonctions générales. Il n'y a pas de lésion organique, et cependant il y a un trouble général qui agit sur toutes les fonctions organiques. Donc, pour bien et comprendre la mélancolie,

il faut étudier le malade dans toutes ses manifestations physiques et morales, et il ne faut pas se contenter d'en faire une description comme les romanciers et les dramaturges qui se bornent à mettre en relief une idée dont ils font un pivot sur lequel tout roule; ils font des mélancoliques religieux, des mélancoliques érotiques, des mélancoliques amoureux, faisant pivoter toutes leurs descriptions autour d'une seule idée. Ils disent que les mélancoliques se croient poursuivis par le diable, par la police; mais ces idées dominantes, il est vrai et qui sont importantes à noter, ne sont que l'accessoire. Pour bien connaître la maladie, il faut la connaître en entier, il faut en connaître les phases diverses, les périodes pro=dromiques, les périodes de passage de l'état transitoire à l'état chronique. Il faut suivre les procédés habituels de la pathologie. Il faut étudier toutes les fonctions et porter ce mode d'observation dans l'examen des facultés mentales en suivant l'ordre de la psychologie, en étudiant les lésions de la sensibilité, des penchants, de l'intelligence et de la volonté. Ainsi on complètera le tableau de la maladie en la représentant au point de vue médical telle qu'elle est, au lieu de se borner à

l'observation pittoresque des romanciers.

Dans la prochaine séance, j'étudierai les diverses variétés de la mélancolie. Ces variétés sont nombreuses et fréquentes; elles sont multiples et méritent d'être observées. Alors nous descendrons sur le terrain clinique proprement dit et nous abandonnerons les généralités que j'ai dû faire aujourd'hui pour nous placer sur le terrain même de l'observation médicale.

10e Leçon.

6 Janvier 1872.

Messieurs,

Après avoir décrit, dans la séance précédente, la mélancolie, envisagée sous une forme générale, sous une forme applicable à toutes les variétés, nous arrivons maintenant à l'étude de ses variétés elles-mêmes. Les variétés de la mélancolie ont été établies jusqu'à présent dans la science, principalement d'après les idées, les sentiments, ou les penchants prédominants. On a suivi, pour la classification des mélancolies, le même procédé que l'on a suivi pour la manie. On a divisé la mélancolie d'après les facultés lésées, en mélancolie affective, en mélancolie instinctive, ou, d'après les idées prédominantes, comme les idées de religion, les idées de persécution, les idées érotiques, les idées de suicide. Dans d'autres circonstances, on l'a divisé d'après les actes, et c'est surtout au point de vue de la médecine légale que l'on

a fait cette dernière classification : on admit la mélancolie avec penchant au vol, avec penchant au suicide, avec penchant aux actes violents. Ces distinctions sont tout à fait superficielles ; elles reposent sur les caractères saillants de l'aliénation mentale, sur ce qui saute aux yeux à première vue et non pas sur une étude profonde de l'état mental dans son ensemble. Une variété qui est généralement admise, par exemple, repose sur l'état général des malades : c'est la mélancolie avec stupeur, ou stupidité. Elle nous indique la voie dans laquelle nous devons entrer pour classer les mélancoliques d'après leur état général. Mr Baillarger, qui a étudié avec le plus grand soin les mélancoliques avec stupeur, a proposé une classification et une subdivision de la mélancolie qu'il est important de conserver. Il a fait remarquer avec raison que chez certains mélancoliques il existait un fond dépressif, un affaissement de toutes les facultés, et que c'était à proprement parler le véritable caractère de la mélancolie, et qu'il fallait séparer les malades présentant ce fond de dépression et

l'affaissement. Les autres malades qui avaient au contraire un fond d'activité et qui se rapprochaient, sous ce rapport, des monomanes. Il y a donc deux classes de mélancoliques : les mélancoliques atteints d'une mélancolie générale ou les mélancoliques véritables et mélancoliques partiels qui sont plutôt des mono=maniaques tristes. Mr Baillarger admet donc deux variétés de mélancolie : la mélancolie générale et la monomanie triste. En suivant cette première indication, nous pouvons aller plus loin encore, nous pouvons distinguer trois grandes variétés de mélancolies basées sur l'état général : <u>la mélancolie anxieuse</u>, dont le caractère principal est un grand besoin de mouvement accompagné de tristesse ; <u>la mélancolie dépressive</u> qui, arrivée à son summum d'intensité, aboutit à la stupeur ; et <u>la mélancolie active</u> qui se rapproche de la mono=manie triste.

Grâce à ces trois grandes divisions, nous allons pouvoir décrire la mélancolie avec plus de précision qu'Esquirol. En effet, si on lit ses articles sur la lypémanie, on y trouve un grand nombre de faits disparates, groupés, sous un même nom général.

Il vaut donc mieux, je crois, admettre trois grands groupes : la mélancolie anxieuse, la mélancolie dépressive et la mélancolie active. Je vais chercher à vous décrire successivement ces trois variétés de la mélancolie.

Et, d'abord, avant de vous en parler, je dois dire quelques mots de l'hypochondrie. C'est une névrose, c'est une névrose cérébrale, dont le siège était placé par les anciens dans l'hypochondrie, dans le foie ou dans le système nerveux ganglionaire, mais que les modernes ont placé dans le cerveau. Pour expliquer cette assignation d'une double origine admise pour l'hypochondrie, il faut se rendre compte des résultats donnés par les études cliniques. D'après ces études, il y a deux espèces d'hypochondrie, une hypochondrie névrose dans laquelle les phénomènes nerveux sont prédominants. Ce sont les malades que les médecins sont habitués à voir le plus souvent, qui même les tourmentent le plus par des demandes incessantes de médicaments, ce sont les vrais hypochondriaques des anciens. Ce sont des personnes dont le système nerveux général

est surtout atteint tandis que les hypochondriaques atteints d'aliénation sont des monomanes, qui ont la préoccupation des maladies imaginaires et chez lesquels les phénomènes intellectuels et moraux dominent. C'est là ce qui a fait la différence du point de vue des médecins ordinaires et des médecins aliénistes, les uns avaient en vue une certaine maladie, les autres une autre. Les deux points de vue sont vrais tous deux, mais il faut tenir compte des phénomènes intellectuels et moraux d'un coté et de l'autre des phénomènes nerveux coexistants. L'hypochondrie, vous le savez, Messieurs, est caractérisé principalement par la préoccupation de l'état de la santé, et les hypochondriaques passent même aux yeux du monde pour être des malades imaginaires. Mais aux yeux du médecin qui a étudié spécialement le système nerveux, il lui est impossible de méconnaître dans l'hypochondrie une véritable maladie nerveuse : le système nerveux est malade dans son ensemble et même dans la plupart de ses parties. Le malade éprouve des sensations morbides dont le siège n'est pas encore bien déterminé, mais réside surtout dans le système ganglionaire ; c'est là le vrai point de départ des

sensations éprouvées par les hypochondriaques. Ils racontent tous qu'ils éprouvent des douleurs variées; que ces douleurs ne peuvent être caractérisées dans aucune langue; ils sont obligés d'employer un vocabulaire spécial pour caractériser les sensations qu'ils éprouvent. C'est une sensation douloureuse spéciale, anti-physiologique, qui n'est pas comme leurs autres sensations. Les hypochondriaques sont donc réellement des malades qui éprouvent des sensations pénibles dans toutes les parties de leur corps, et ces sensations sont la base véritable des conceptions délirantes qui viennent se former sur ces sensations; ils ont donc un système nerveux morbide qui se manifeste même au point de vue physique; ils ont des troubles dans la circulation abdominale; il y a des altérations qui se manifestent par des hémorroïdes, par des altérations du foie, par des maladies positives, incontestables de l'organisme et qui sont la base des conceptions hypochondriaques. Vous voyez donc que l'hypochondrie est un premier pas vers la mélancolie. Mais je n'ai pas l'intention de le décrire aujourd'hui. Nous assistons tous les

jours à la transformation de l'hypochondrie en mélancolie délirante; elle se fait généralement très-lentement, et souvent d'une manière insensible. Les malades commencent par se préoccuper de la situation de leur santé; ils s'imaginent être poitrinaires; ils croient avoir des maladies de cœur; ils croient, ce qui est très-fréquent, être atteints de syphilis; on a même appelé cette maladie   Ils emploient le mercure, le
          de potassium; ils emploient des remèdes même contre des maux imaginaires qui ne peuvent pas être démontrés d'une manière certaine. L'hypochondrie change donc de siége suivant l'organe qui attire l'attention des malades. Tant qu'ils croient avoir une maladie bien déterminée, comme la phthisie, comme une maladie de cœur, etc, ils sont encore dans la catégorie des hypo=chondriaques ordinaires. Mais, peu à peu, il s'opère une grande transformation dans l'état mental du malade, et alors il arrive à de véritables conceptions délirantes; il croit, par exemple, qu'il va mourir dans un temps très-rapproché, dans les 24 heures; quelques-uns vont jusqu'à se croire morts; ils annoncent leur mort comme éminente et même accomplie, et alors ils

ils ont franchi l'abîme qui sépare l'état normal de la folie. D'autres fois, ils se croient empoisonnés, disent qu'on leur a fait prendre des poisons dans leurs aliments, qu'on les a empoisonnés lentement, insensiblement. Ils sont arrivés à l'état de maladie mentale. Dans d'autres circonstances, au lieu d'attribuer leur maladie à l'empoisonnement ou de craindre la mort, ils en arrivent à accuser les personnes qui les entourent; ils pensent qu'ils ont des ennemis qui les persécutent, qui veulent les tuer, et alors ils arrivent au délire de persécution, délire dont je vous ai parlé dans une autre séance. D'autres fois, ils croient seulement qu'on veut leur faire du mal, et ils sont sur la pente qui conduit au délire de persécution; ils ont des conceptions effrayantes, mystérieuses; ils se croient l'objet des poursuites de la police.

L'hypochondrie névrose tend donc souvent à se transformer en hypochondrie, maladie mentale, et la limite qui sépare ces deux états est très-peu sensible. Quelquefois les malades flottent longtemps entre ces deux états, même pendant plusieurs mois, et même plus longtemps. Cette transition

toute naturelle qui s'observe souvent, s'observe également dans le monde moral. Le malade commence à se tourmenter, et ce n'est pas seulement au point de vue de son état physique qu'il a des préoccupations, c'est aussi au point de vue de son état mental. Au lieu de se preoccuper seulement de l'état de sa santé, il se demande si son intelligence n'est pas affaiblie, si ses sentiments ne sont pas pervertis, s'il n'a pas perdu l'affection qu'il doit avoir pour ses amis, pour ses enfants, pour sa famille ; il tourne à l'hypochondrie morale, et alors nous arrivons à une forme de mélancolie qui mérite une description particulière. Le premier degré qui peut porter le nom d'hypochondrie morale, est surtout caractérisé par la conscience que les malades ont de leur état, et même ils exagèrent, et c'est en cela que consiste surtout leur maladie. Ils sentent que leurs facultés ont perdu de leur puissance, que leur intelligence a perdu de son énergie, qu'ils ne peuvent plus penser, qu'ils ne peuvent plus écrire, qu'ils ne peuvent plus suffire au travail intellectuel qui autrefois leur était facile. Ils éprouvent, dans leur état moral, les mêmes phénomènes ; ils sentent qu'ils n'ont

plus d'affection pour les êtres qui leur étaient chers; qu'ils ne tiennent plus à rien; ils ont ce qu'on a appelé le taedium vitae qui les porte au désespoir, et souvent au suicide. Ils ont un sentiment de malaise physique et moral, un sentiment de tristesse instinctive, un sentiment de malaise tellement pénible qu'ils arrivent souvent au suicide, sans idées délirantes parfaitement déterminées, par ce seul fait qu'ils ont dégoût profond de l'existence. C'est-là le premier degré de l'hypochondrie morale qui, par une transition insensible, conduit au second. Non-seulement ces malades ont le sentiment que leur intelligence est affaiblie, qu'ils n'ont plus les affections naturelles, qu'ils sont des êtres épouvantables, des monstres, n'aimant plus leurs femmes, ni leurs enfants, ni leur famille, ils ont intérieurement des penchants violents qui surgissent inopinément.

Le malade, à un moment donné, se sent alors comme poussé, malgré lui, à un acte qu'il réprouve, que sa conscience réprouve, mais que sa conscience ne peut pas dominer. Les malades sont alors, au point de vue moral, dans une situation

semblable à celle qu'on appelle vertige. De même que lorsqu'on est placé sur une tour élevée ou au bord d'un précipice, beaucoup d'hommes éprouvent une sorte d'attraction, une sorte de besoin de se précipiter et en même temps une répulsion; ils sont en même temps attirés vers l'abîme et effrayés par l'idé qu'ils pourraient se précipiter; de même l'hypochondriaque, arrivé à l'état que nous venons de décrire et ayant des penchants de cette nature, est exactement dans cette même situation mentale. Quand il voit, par exemple, un couteau, un rasoir, le malade se sent attiré d'un côté, d'un attrait irrésistible; et d'un autre côté, il veut résister; il se sent porté à se couper le cou, à se jeter sur les personnes présentes. Il est attiré et en même temps repoussé, et quelquefois rejette avec horreur au loin l'arme qu'il avait saisi, et cela pour éviter de commettre un crime. Il y a comme un courant d'attraction et un courant de répulsion qui existe dans l'ordre moral absolument comme il existe dans l'ordre physique, lorsqu'on se trouve sur le haut d'une tour ou au bord d'un précipice. Le malade a une conscience par=faite de son état; il vous raconte ses luttes intérieures, et combien elles sont tristes, pénibles, violentes; il ne sait

comment résister ; il reconnait qu'il est maladif ; il ne comprend pas que lui si bon, si dévoué autrefois pour ses enfants, il puisse se sentir porté à l'idée de les tuer ; il ne conçoit pas comment pareil penchant a pu venir dans son esprit, mais il sent qu'il existe ; il a peur de lui-même. Il en est qui vont trouver le médecin, qui demandent même à entrer dans un asile d'aliénés pour se préserver contre eux-mêmes. C'est un état de mélancolie ou d'hypochondrie morale qui mérite une description particulière ; car, dans les autres variétés de la mélancolie, on n'a pas du tout conscience de son état. Il a été établi, en effet, que l'absence de conscience de son état est la base de l'aliénation mentale, et son principal caractère. Au contraire, dans cet état, le malade a conscience de sa position, il a conscience qu'il ne peut pas empêcher ces idées de naître en lui ; il est désespéré, mais il ne peut ni dominer ces idées, ni les chasser, ni les réprimer. Cette variété d'hypochondrie morale nous amène, par une transition insensible, à la mélancolie anxieuse. Cette variété est parfaitement caractérisée. Le malade n'a plus conscience de son état, ou bien

cette conscience a disparu en grande partie. Le malade gémit, se plaint à haute voix. Au lieu d'être immobile comme les autres mélancoliques qui se tiennent dans l'immobilité la plus absolue, la tête baissée et le regard vers la terre, le mélancolique anxieux a besoin de mouvement, et c'est là ce qui le différencie des autres variétés de la mélancolie. Il ne peut pas tenir en place; il s'agite; il se promène de long en large dans sa chambre pendant des heures entières, quelquefois dans la rue, en plein air, dans les champs; il a besoin de vagabonder; il ne peut pas rester en place; il est dans un état comme fébrile. De même que pendant la fièvre on éprouve le besoin de se retourner dans son lit, qu'on ne sait dans quelle position se tenir, de même l'hypochondriaque anxieux ne sait dans quelle position rester; il ne peut pas demeurer à table; il ne peut pas rester au lit; il lui faut toujours agir. Cette disposition au mouvement se manifeste également dans la parole. Au lieu d'être silencieux et muet comme les autres mélancoliques, il il a besoin de parler constamment; quand il est seul, il parle à voix basse. Il faut qu'il répète incessamment les mêmes phrases, les mêmes mots. Il adopte

un certain nombre d'idées qu'il répète toujours; c'est comme une machine. Ce sont des gémissements perpétuels, des cris, des supplications; il a un besoin incessant de se lamenter; c'est ce qui a fait donner à cette variété de mélancoliques, par Guislain, le nom de mélancoliques gémisseurs, nom que Mr. Morel a adopté. Les mélan=-coliques gémisseurs constituent une variété très-distincte. Ce sont des malades qui ont besoin de parler et d'agir, mais ils ne peuvent le faire que dans le sens de leur délire. En dehors de ce délire, ils ne peuvent remplir aucun travail, ni se rendre utiles à la société; ils sont incapables de penser et d'agir d'une manière profitable pour eux-mêmes ou pour les autres. Si ce sont des femmes, elles ne peuvent pas faire leur ménage, ni être utiles en rien; les hommes ne peuvent remplir les devoirs de leur profession, ils ne peuvent que se promener comme des âmes en peine, et fatiguer tout leur entourage des mêmes lamentations. C'est tout différent des autres variétés de la mélancolie dans lesquelles les malades sont silencieux et immobiles. —

Comme Esquirol, il faut distinguer parmi

les lypémaniques, ou les monomaniaques tristes, la douleur qui crie et la douleur qui se tait; ce sont, en effet, deux variétés très-importantes parmi les mélancoliques. Les idées sont toujours tristes dans les deux cas, mais la manifestation extérieure de ces idées diffère. Les mélancoliques anxieux présentent, en outre, quelques phénomènes physiques qui méritent d'être signalés. Ils maigrissent et cependant leur appétit est rarement troublé comme celui des autres mélancoliques. Ils maigrissent malgré une alimentation considérable. Ils refusent rarement les aliments. Ils ont une sorte de voracité instinctive qui répond à leur besoin de mouvement. Ils mangent et avalent leurs aliments avec une sorte d'automatisme. Ils ne dorment presque jamais. L'insomnie est leur état habituel; ils se promènent nuit et jour. Il résulte de cet état d'anxiété incessante un amaigrissement extrême, et malgré leur appétit leurs fonctions nutritives sont profondément altérées. De plus, ils tremblent; c'est là un phénomène nerveux qui est fréquent chez eux. Ils éprouvent souvent des tremblements. C'est une phénomène comme choréique; il est très-manifeste, et il n'est pas comme le tremblement

alcoolique qui n'affecte que certaines parties du corps. Le tremblement est un mouvement général de la totalité de tout le corps. Il y a donc un phénomène physique correspond à l'état mental. Mais il est un autre fait à signaler : c'est que cette forme de mélancolie est presque toujours in=termittente. Au lieu d'être continue, elle se manifeste presque toujours sous forme d'accès, et se présente plusieurs fois dans la vie du même individu. Les mélancoliques ont plusieurs accès de ce genre dans le cours de leur existence. Cette maladie se produit presque toujours sous la forme intermittente ou sous la forme d'accès. L'accès guérit, et il guérit très-brusquement.

Après avoir présenté dans tout son cours une marche à peu près uniforme, tout à coup les malades guérissent. La guérison arrive ainsi avec une grande rapidité ; c'est comme un voile qui tombe tout à coup. Après plusieurs mois ou plusieurs années passées dans la mélancolie anxieuse, les malades guérissent rapidement et ~~reviennent~~ reviennent à l'état normal avec une telle rapidité qu'ils sont

eux-mêmes étonnés de cette transformation subite.

Vous voyez ~~donc~~, Messieurs, par ce tableau tout abrégé qu'il soit, qu'on peut détacher du grand groupe des mélancolies une variété distincte, qui mérite d'être étudiée, même au point de vue de la marche. —

A côté de cette variété, vient se placer la variété dépressive. Le mot a été ~~est~~ choisi pour indiquer tous les degrés de cette mélancolie, aussi bien les plus légers que les plus intenses. Les degrés légers, on les trouve dans le monde, dans la société. Nous avons là ce qu'on a appelé la mélancolie sans délire. C'est un état d'affaissement, de lenteur des conceptions, des tendances à l'immobilité et au repos, mais un état qui ne dépasse pas un degré modéré de tristesse et d'affaissement. Les malades n'ont pas de conceptions délirantes proprement dites; ils ont l'ennui de la vie, le dégoût de l'existence, le tædium vitæ, ~~une~~ l'absence de besoin d'action, ~~cette~~ la disposition à l'immobilité. On observe souvent ces phénomènes chez les femmes, à l'époque critique. Cet état peut durer pendant plusieurs mois et souvent il guérit rapidement. ~~Cet état~~ Il est aussi l'une des phases de la folie circulaire, ou de la folie à double forme. C'est surtout dans cet état qu'on

observe la mélancolie simple dépressive. Les malades sont alors dans l'inertie, dans la torpeur; ils ne parlent que par monosyllabes, et, quand on leur adresse la parole, ils ne répondent que par quelques mots. Ils ont la tendance au silence et à l'immobilité, mais cependant ils assistent à tout ce qui se passe autour d'eux, et, plus tard, quand ils guérissent, ils rendent compte très-exactement de ce qu'ils ont vu et entendu. Les malades assistent donc aux choses extérieures, mais ne réagissent pas contre elles. Ils restent immobiles, et, peu à peu, ils arrivent à un état voisin de la stupeur. Ils ont besoin qu'on les nourrisse. Il faut qu'on les sorte du lit ou qu'on les y mette; ils sont sans énergie; ils n'ont aucune disposition à accomplir des actes volontaires par eux-mêmes; il faut les forcer pour parvenir à les faire agir; et alors ils arrivent à un 3e degré, qui est le plus connu, celui de mélancolie avec stupeur analogue à celle de la fièvre typhoïde jusqu'à celle qui a reçu le nom de stupidité. Le malade est alors comme une statue. Il ne fait plus aucun mouvement. Ce degré a pour caractère comme une stupeur générale. Le malade n'exprime plus

aucune pensée, il est dans un mutisme presque absolu ; ce malade est le véritable type du mélancolique stupide. Il reste immobile dans un coin, souvent le regard et la tête baissés vers la terre, la physionomie profondément altérée ; en un mot, il est tout à fait immobile. Ces malades ont toujours des traits vieillis, résultat de leur amaigrissement. Ils paraissent plus vieux de dix ans que l'âge qu'ils ont réellement. Leur état physique est comme leur état moral. Leurs extrémités sont froides, bleuâtres, engorgées. Ils arrivent même souvent à un ~~et~~ état de contracture et d'immobilité telles qu'il faut des moyens énergiques pour les faire agir. Les sécrétions ne se font pas, ou se font très-difficilement. La respiration est également ralentie ; elle l'est même tellement qu'on peut à peine compter le nombre de respirations, qui souvent est moitié moindre que dans l'état normal. Les sécrétions sont presque nulles : ni larmes, ni urine. La salive seule est quelquefois sécrétée d'une manière plus abondante que de coutume. La salive coule d'elle-même de ~~la~~ bouche ~~chez~~ de ces malades, alors qu'ils ont la tête baissée vers la terre. Les phénomènes se présentent chez divers malades à des degrés

très-différents, mais il y a toujours de ces malades dans les asiles d'aliénés. On trouve dans tous les pays et à toutes les époques des malades qui présentent ce type. Pinel et Esquirol avaient placé ces malades parmi les déments, et Pinel avait donné à cet état le nom d'idiotisme accidentel, et Esquirol l'avait classé dans la démence aiguë. Il avait été frappé de l'immobilité de ces malades; et, en effet, ces malades sont comme des statues. Il avait cru que le travail intellectuel était chez eux complètement suspendu, qu'ils étaient dans la démence, qu'ils étaient dans un état de vie purement végétative. Mais, depuis une trentaine d'années, on a mieux étudié cet état mental et l'on a constaté que le travail intellectuel continuait intérieurement malgré les apparences contraires.

M.r Baillarger, en 1843, a démontré, dans un mémoire sur la stupidité, que, dans la plupart des cas, il n'y avait pas suspension absolue de l'intelligence. Les malades, en effet, continuent à penser et à sentir; seulement, ils n'expriment rien, ils ne manifestent rien à l'extérieur. On

ne peut constater que leur intelligence n'est pas entièrement assoupie que par certaines manifestations qui se pro=duisent de temps en temps, quand on observe ces malades avec beaucoup de soin. Alors on constate qu'il y a certains moments souvent fugaces, pendant lesquels ces malades se manifestent par des cris, par des actes violents qui indiquent le véritable état de leur intelligence. M.r Baillarger fait remarquer avec raison que chez les femmes ces paroxysmes coïncident avec l'époque des règles. On constate alors chez ces malades qui sont habituellement immobiles, les phénomènes dont nous parlons. Tout à coup ils se livrent à des actes violents qui quelquefois ~~les portent~~ vont jusqu'à des tentatives de suicide. Tantôt au contraire, c'est contre les personnes qui les entourent, qu'ils se portent à ces actes violents. Ils saisissent alors une arme, un couteau, un verre, une assiette, et ils veulent en frapper la personne qui se trouve à leur portée. Il y a là un acte instantané, des paroles spontanées qui arrivent brusquement au milieu d'un état de nullité intellectuelle apparente. Si l'on a soin de noter tous ces phénomènes pendant la durée de la maladie, on peut plus tard, lorsque le malade arrive à la convalescence

à la guérison obtenir de lui de nombreux renseignements rétrospectifs sur le travail intérieur de leur pensée. Et alors on constate que leur pensée continuait à fonctionner comme dans le rêve. Cet état ressemble, en effet, à un rêve. Les malades se croient séparés du monde réel, ils se croient dans un monde souterrain, dans l'enfer, dans des pays qu'ils n'ont jamais parcourus et où ils n'ont jamais mis les pieds. Ils s'imaginent qu'ils sont transportés dans ces régions imaginaires ou au milieu d'hallucinations tellement effrayantes que les malades sont comme immobilisés par la terreur; ils ne bougent pas; ils craignent de tomber en morceaux, ou de devenir la victime de fantômes, de spectres effrayants, ou la victime des flammes. Les mélancoliques avec stupeur, à cause de ces appréhensions, restent donc dans l'immobilité la plus absolue, excepté quand ces appréhensions les poussent à des actions instantanées. Mr Baillarger a attiré l'attention sur ces phénomènes, et, par là, a rendu un véritable service à la science. Il n'en est pas moins vrai qu'en certains cas extrêmes, on ne peut pas constater de pensées; mais il ne faut pas exagérer; il ne faut pas arriver à

cette conclusion absolue que les mélancoliques avec stupeur sont entièrement dénués de pensées; quelquefois il y a réellement stupidité et alors il y a absence de pensée, et quand le malade revient à la vie intellectuelle, il ne peut donner aucun renseignement. On peut comparer cet état à certains sommeils pendant lesquels il n'existe aucun rêve et après lesquels on ne conserve aucun souvenir. En général, cependant, il en est tout autrement et il se passe un travail très-actif de l'intelligence chez les malades qui paraissent les plus inertes. Cette forme de mélancolie mérite d'être étudiée au point de vue de sa marche. Elle succède presque toujours à des maladies aiguës physiques, à la fièvre typhoïde, par exemple à des fièvres éruptives ou autres, à des maladies aiguës générales, ou bien elle doit être attribuée à une cause morale bien déterminée. Elle est, par exemple, la suite d'une frayeur très-vive, ou d'une émotion subite plutot que l'effet d'un travail lent et successif de la pensée sur elle-même. Souvent le malade tombe dans la mélancolie avec stupeur après des excès de travail. C'est une forme de maladie mentale qui succède souvent à un travail prolongé. Ordinairement cette forme de maladie débute par une période d'excitation.

maniaque, de même que, dans d'autres circonstances, la mélancolie précède l'état maniaque. Presque toujours, quand on l'étudie attentivement dans toutes ces périodes, le malade a commencé par se trouver dans un état de délire général, avant d'arriver à la mélancolie avec stupeur. Les formes de maladies mentales sont ordi=
=nairement très-lentes dans leur évolution. Elles durent plusieurs mois ou plusieurs années. Cette variété de la mélancolie est très-lente dans sa marche. Elle dure très-longtemps, alors même qu'elle guérit, mais elle guérit plus souvent que lorsque le délire est un délire à idées fixes. En effet, c'est dans cette forme qu'on rencontre le plus grand nombre de cas de guérison. Cependant, tous les malades ne guérissent pas; il en est souvent, par exemple, pour lesquels le médecin a porté un pronostic favorable et qui ne guérissent ~~point~~ jamais. Cependant, cette forme est plus curable que les autres variétés de maladies mentales. Pour obtenir cette guérison, on a employé des moyens énergiques extrêmement variés. On a traité ces malades par les narcotiques, par les opiacés, par l'électricité, par l'hydrothérapie, par les moxas, par tous les

moyens violents. Des médecins allemands ont été jusqu'à employer le tartre stibié sur le crâne dénudé. On a obtenu de bons résultats, principalement par l'hydrothérapie et par l'électricité. C'est dans cette forme de maladie que les traitements physiques énergiques peuvent avoir le plus de succès. Cette forme de mélancolie mérite d'être étudiée aussi ~~comparativement~~ dans ses rapports avec les autres névroses. On l'a souvent confondue avec certaines extases ou catalepsies. Plusieurs cas de mélancolie avec stupeur ont été donnés comme des exemples de catalepsie, ~~et donnés~~ comme des exemples authentiques, et cela par des médecins célèbres. Mais pour la catalepsie il faut plus que l'état d'immobilité. Les mélancoliques arrivés au dernier degré de la stupeur ressemblent sans doute par plusieurs points aux cataleptiques. Ils leur ressemblent par l'insensibilité cutanée, par la possibilité de résister aux douleurs les plus vives. On peut les piquer, les brûler, sans qu'ils manifestent la moindre douleur. Sous tous ces rapports, ils se rapprochent des cataleptiques. C'est ainsi, qu'au moyen-âge, on a torturé plusieurs de ces malades pour démontrer qu'ils étaient bien possédés et on a pu croire qu'ils étaient véritablement cataleptiques.

Ce qui distingue la catalepsie, c'est le phénomène musculaire de pouvoir placer une partie quelconque du corps dans une situation donnée sans que le malade puisse le changer lui-même de position. Si vous mettez, par exemple, le bras dans une situation quelconque, il reste immobile indéfiniment dans la position qu'on l'a mis. Mr. Le Grand-du-Saulle a observé à Bicêtre, il y a deux ans, un cas dont on a beaucoup parlé et qui pourrait donner lieu à cette confusion. Je veux parler du dormeur de Bicêtre, car c'est sous ce nom qu'il a été connu. Le malade était, depuis plusieurs mois, dans un état d'immobilité absolue; il était couché dans son lit dans l'attitude d'un mort, d'un cadavre, sans faire aucun mouvement volontaire, et sans qu'on pût déterminer en lui aucun mouvement. C'était l'apparence de la catalepsie, ce n'en était pas la réalité. En effet, il avait passé auparavant par une phase mélancolique très déterminée; il avait eu des idées de damnation, et il avait exprimé ces idées itérativement et d'une manière très nette. D'un autre côté, il ne présentait pas le phénomène essentiel de la catalepsie dont nous avons parlé: l'immobilité

des membres placés dans certaines positions. Sous tous ces rapports, il n'était donc pas cataleptique. Il avait un rêve intérieur qui persistait et qui n'était que la conti=.=nuation de son état mental précédent.

Il y a également un autre caractère très-essentiel pour distinguer la mélancolie avec stupeur de la catalepsie; il se trouve dans la marche de la maladie. La catalepsie se produit sous forme d'accès, avec intervalles de retour à l'état normal. Les cataleptiques, quelque longue que soit leur maladie, ou leurs accès, ont toujours des intermittences. Ainsi, la catalepsie dure toujours pendant plusieurs heures, mais les malades reviennent à eux et rentrent dans l'état normal. C'est une maladie essentiellement intermit=.=tente; tandis que les mélancolies avec stupeur durent indéfiniment au même degré, jusqu'à ce que les malades arrivent à la convalescence et à la guérison. Il y a une continuité qui ne permet pas de confondre ces deux états. Il en est de même pour l'extase. C'est une forme de maladie mentale, une forme de névrose particulière qui consiste et qui est représentée par des rêves intellectuels. Le malade est dans une immobilité apparente, mais, sous cette immobilité apparente, existe un travail intellectuel des

plus actifs. Le malade n'assiste pas aux faits du monde qui l'entoure ; il est dans un état de rêve, mais il peut accomplir certains mouvements comme dans le somnambulisme. Le travail intellectuel de sa pensée est extrêmement actif, varié et complexe. Le malade qui est dans l'extase est dans le même état que lorsqu'on est dans les rêves les plus actifs et les plus mouvementés. Ils ont des conceptions religieuses, des conceptions spéciales qui ne sont pas de ce monde, qui ne sont pas du monde réel. Mais là leur pensée se déploie avec toutes sortes de variétés d'imagination ; il y a donc une grande différence entre cet état et la mélancolie avec stupeur. De plus, l'extase est une maladie intermittente, se produit sous forme d'accès d'assez courte durée et les malades reviennent à un état normal ou semi-normal. Il est donc possible de distinguer la mélancolie avec stupeur de plusieurs autres états nerveux avec lesquels on l'a souvent confondue. Je n'insiste pas plus longtemps sur ce sujet, j'ai voulu seulement vous montrer que, même dans l'état d'imperfection où se trouve actuellement notre science, on pourrait arriver à quelques formes

de maladie mentale mieux déterminés que celles qui sont représentées par les mots de lypémanie ou de monomanie, car ces mots ne s'appliquent qu'à des états symptomatiques qui ne peuvent pas présenter une véritable classification naturelle, tandis que celle que je viens de vous indiquer a l'avantage de reposer sur les symptômes intellectuels, moraux et physiques et sur la marche de la maladie; car elle peut être liée à une marche possible à prévoir. Ainsi, par exemple, toutes les mélancolies appartenant à la première catégorie se produisent sous la forme d'accès intermittents, tandis que pour les autres variétés, au contraire, c'est une forme régulièrement continue, progressive, qui dure toujours au même degré et qui n'aboutit qu'à la guérison ou à la chronicité, mais sans passer par des accès. L'une de ces variétés est intermittente, tandis que l'autre est continue.

Dans la prochaine séance, j'aborderai l'étude d'une troisième variété: la mélancolie active, principalement caractérisée par les idées de persécution. Vous y verrez, Messieurs, que cette troisième variété, au lieu d'être intermittente ou continue, est rémittente.

178.

Il y a donc là trois variétés distinctes de mélancolie : la première est intermittente. Grâce à ces distinctions, on peut arriver à une étude et à un diagnostic plus précis des diverses variétés de la mélancolie.

15e Leçon.

9 Janvier 1877.

Messieurs,

Je vais aujourd'hui commencer l'étude de l'aliénation partielle.

Dans les leçons précédentes nous avons parlé de l'aliénation générale avec excitation, nous allons aborder la seconde partie de la description des ~~fondements~~ formes admises dans la classification actuelle, c'est-à-dire l'aliénation partielle.

Cette forme de folie est très générale, elle s'applique à un très grand nombre de faits. Les aliénés atteints de délire partiel sont beaucoup plus nombreux que les aliénés atteints de délire général.

Cette affirmation est un fait contraire à ce qu'on suppose à priori. Chacun s'imagine en parlant des aliénés qu'on a affaire à des malades qui délirent d'une manière très étendue, qui parlent avec incohérence,

qui sont très-désordonnés dans leurs actes et qui ressemblent, sous ce rapport, aux aliénés comme on les décrit dans les pièces de théâtre et dans les romans, aux aliénés tels que chacun les imagine à priori, c'est-à-dire aux maniaques, aux malades atteints de délire aigu qu'on observe dans les hôpitaux.

Eh bien! quand on entre dans un asile d'aliénés, on constate qu'il n'en est rien. La grande majorité des aliénés est au contraire très-calme, très-tranquille et atteinte d'un délire partiel, d'un délire limité. Et à tel point qu'en faisant une visite générale dans un asile d'aliénés, on en sort presque toujours avec l'opinion que la plus grande partie des malades n'est pas atteinte d'aliénation mentale et est séquestrée, en quelque sorte, illégalement. Tout individu qui passe pour la première fois dans un asile d'aliénés est tellement frappé de l'apparence de raison des malades, de l'absence de manifestations délirantes qu'il est porté à croire qu'il y a eu erreur, qu'on a enfermé des personnes qui n'étaient pas réellement aliénées. Le nombre d'aliénés atteints du délire partiel est donc beaucoup plus considérable

que celui des aliénés maniaques. Il importe donc de faire des subdivisions parmi ces aliénés, d'admettre des espèces et des variétés.

Dans la classification régnante on admet deux grandes espèces parmi les aliénés partiels : les aliénés partiels à délire dépressif et les aliénés partiels à délire expansif, autrement dit le délire triste et le délire gai.

Cette division déjà adoptée par les anciens, s'est propagée d'âge en âge et a été conservée par les modernes.

Pinel, dans sa nosologie, réunissait tous les aliénés atteints de délire partiel sous le nom de mélancoliques. Pour lui le nom de mélancolique s'appliquait à la fois aux aliénés tristes et aux aliénés gais; il était synonyme de délire partiel.

Esquirol a senti l'inconvénient qu'il y avait de donner un nom qui pouvait avoir une double interprétation, et il a créé un nouveau genre auquel il a donné un nom nouveau, le nom de monomanie. Ce mot a entraîné des erreurs sur lesquelles j'aurai à insister plus tard, mais il a eu l'avantage de séparer les aliénés à délire expansif des aliénés à délire dépressif.

Aujourd'hui donc on admet ces deux grandes

catégories dans l'aliénation partielle : l'aliénation partielle dépressive et l'aliénation partielle expansive. Quels que soient les noms adoptés par les divers auteurs, l'idée est toujours la même : d'un côté la tristesse, de l'autre la gaîté ou l'expansion, l'activité.

Nous aurons donc à nous occuper successivement de ces deux grandes formes de l'aliénation partielle, mais avant de vous parler de la mélancolie qui va nous occuper pendant deux séances, je vais commencer par quelques généralités sur l'aliénation partielle en général.

L'aliénation partielle repose sur cette idée, sur cette donnée qu'il est des malades qui sont préoccupés par des idées fixes, par des idées déterminées, des idées peu nombreuses et toujours les mêmes. C'est là ce qui constitue le caractère dominant de l'aliénation partielle.

Mais le tort qu'on a eu, c'est d'étudier ces formes de maladies d'après les idées, au lieu d'étudier le fond même de l'état morbide. On a étudié la partie saillante, la partie superficielle de la maladie, et on a négligé le fond. Chez la plupart des auteurs on a procédé par la méthode psychologique, par la méthode des romanciers; on a décrit les délires tels que les

malades les expriment; on a, comme le disait mon père pris des observations sous la dictée des aliénés eux-mêmes; lorsque vous interrogez un aliéné, il vous raconte lui-même qu'il est persécuté, qu'il se croit damné, qu'on lui en veut, qu'il est dominé par des idées religieuses, qu'il croit qu'on va le condamner et le conduire en prison, et vous notez tout simplement dans vos observations ces diverses idées dominantes telles que le malade les exprime; au lieu de faire de l'observation objective, vous faites de l'observation subjective; c'est le malade lui-même qui vous dit les observations et vous écrivez sous sa dictée. Eh bien! des observations ainsi prises sont incomplètes, et non-seulement elles sont incomplètes, mais elles sont dangereuses parce qu'elles jettent un voile sur tout le côté le plus important de l'état maladif. On néglige précisément ce qui est plus important, et on ne fait attention qu'à ce qui est accessoire; on prend des observations comme les hommes du monde, comme les romanciers, comme les littérateurs et les philosophes, et on ne prend pas des observations médicales.

L'important pour bien étudier l'aliénation partielle est donc d'étudier d'abord le fond maladif, et sur ce fond bien étudié, de voir la naissance progressive

et successive des idées délirantes.

C'est donc un premier point bien établi et qui s'applique aussi bien à l'étude de la mélancolie qu'à l'état monomaniaque, et pour bien étudier l'aliénation partielle, il faut faire deux parts, l'observation de l'état général et l'observation des idées dominantes ou des penchants ou des sentiments prédominants. Ce défaut, qui existe dans l'observation depuis le commencement du siècle, s'est fait surtout sentir dans les cas de médecine légale. C'est là que cette observation incomplète a eu a eu des conséquences très-graves. On a décrit dans la médecine légale des aliénés comme dominés exclusivement par un sentiment ou par un penchant; on a décrit des malades comme poussés au vol, poussés à l'incendie, poussés au meurtre et n'ayant pas, en dehors de ce penchant, d'autre état maladif. Et il en est résulté que les magistrats n'ont pas voulu admettre cette prétendue monomanie qui était limitée à un seul penchant, à un seul fait, à un seul acte. On disait: tel individu a tué parce qu'il avait besoin instinctivement de verser le sang; il a incendié parce qu'il avait besoin de brûler et qu'il aimait à voir les flammes sous ses yeux; tel autre a volé sans aucun

désir de s'approprier les objets, mais par pur instinct du vol pathologiquement développé. C'est contraire à la nature, ce mode d'observation; ce n'est pas ainsi que se présentent les aliénés. En vous parlant des manies avec penchants prédominants, j'ai dit que toutes les fois qu'un individu atteint du délire maniaque faisait un acte violent, ce n'est, en quelque sorte, que la crise de l'état maladif. Le malade qui a accompli un vol, un incendie, un meurtre, était plusieurs heures, plusieurs jours avant dans un état maladif caractérisé à la fois par des symptômes physiques et par des symptômes de l'ordre moral et de l'ordre intellectuel. Cet individu avait vagabondé, il avait quitté son atelier ou son domicile, il avait erré dans la campagne, il avait un trouble général, une confusion des idées; les idées les plus différentes avaient surgi successivement dans son esprit, et c'est au milieu de cette fermentation délirante que l'acte violent est survenu comme une crise, ou dénouement de l'état délirant préexistant.

Ce qui est vrai pour l'état maniaque est vrai pour le délire partiel. Il y a également dans les délires partiels les plus limités, il y a un état général, c'est-à-dire état physique et moral qui est la base des idées délirantes

et ses actes délirants, qui est la base générale, originaire et le point de départ, et qui est le point essentiel à étudier et à observer.

Voilà donc un premier point; dans toute aliénation partielle, il faut étudier l'état général et ne pas se contenter d'étudier les idées prédominantes ou les actes prédominants.

Un autre point qui est connexe et qui est la conséquence du premier, est celui-ci : dans l'aliénation partielle il ne suffit pas d'étudier l'état actuel, il faut étudier l'évolution successive des faits.

Toute maladie présente une marche, toute maladie a un début, un milieu et une fin; tout état pathologique présente une évolution. Il ne suffit donc pas d'observer le malade à un moment donné, il faut relier le présent au passé et à l'avenir, ce n'est qu'à la condition d'étudier une évolution dans les idées délirantes ou dans la maladie qu'on peut être dans la vérité de l'observation; il n'y a pas de pathologie, pas plus de pathologie ordinaire que de pathologie mentale sans l'étude de la marche. Or, cette étude est généralement négligée; elle est négligée d'abord parce qu'on ne se donne

pas à peine de suivre un malade pendant longtemps, et ensuite parce que tout le monde ne se trouve pas dans la position de pouvoir le suivre. Il y a d'une part une lacune naturelle qui résulte de la paresse de chacun dans les observations, mais il y a des difficultés presque in=
=surmontables qui tiennent aux circonstances qui ne permettent pas de suivre un malade pendant plusieurs mois ou plusieurs années. Il y a donc là des difficultés réelles qui ont retardé l'étude de la marche dans les maladies mentales. D'un autre côté, les personnes étrangères à la médecine n'ont pas même l'idée qu'il puisse exister une marche dans les maladies. Ainsi les magistrats qui interrogent un aliéné pour l'interdire, croient qu'un in=
=terrogatoire d'une heure est suffisant pour connaître le malade à fond, complètement; ils ne veulent pas admettre de changement dans les maladies; ils ne veulent pas admettre qu'il y ait des périodes d'accès et de rémission, qu'il y ait des moments où le malade est très-malade et d'autres où il manifeste très-peu son délire. Les magistrats n'admettent pas cela, et quand ils tombent par hasard sur un moment d'amélioration, ils en concluent que l'individu n'est pas malade, et ils n'admettent pas qu'à un autre moment ou à un autre jour il présente des

symptômes morbides beaucoup plus caractérisés. Le médecin sait au contraire que toutes ces modifications sont dans l'essence de toutes les maladies, surtout des maladies nerveuses. Il n'y a pas de maladie nerveuse qui ne présente des inégalités dans sa marche. Ce qui est vrai de l'épilepsie, de l'hystérie, de la chorée, de toutes les névroses, est vrai également des maladies mentales. L'aliéné n'est pas un être semblable à lui-même, il n'est semblable à lui-même que dans la période de chronicité, alors qu'il est arrivé à la période de délire stéréotypé, comme l'a appelé mon père. Mais quand ils sont dans une période qui présente encore de l'acuité les aliénés sont différents d'eux-mêmes d'une époque à une autre, à plusieurs mois de distance, d'un jour à un autre, d'un moment à un autre. Or, il faut étudier la marche dans l'aliénation partielle comme dans l'aliénation générale; car ces faits-là ne s'appliquent pas seulement aux états maniaques, aux délires aigus, cela s'applique même aux délires partiels les plus limités, et c'est une grande erreur de croire qu'un monomaniaque est toujours semblable à lui-même. Les malades atteints de délire de persécution sont très-différents d'eux-mêmes selon les moments où on les observe. Dans la

période d'accès, de paroxysme, ils ne craignent pas de manifester leur délire; ils ont besoin de le manifester et de faire connaître à tout le monde les tortures auxquelles ils sont soumis, tandis que dans d'autres moments ils se défient d'eux-mêmes, comme ils craignent de passer pour aliénés, non-seulement ils ne manifestent pas leur délire, mais ils vont jusqu'à le nier, comme je vous le dirai en parlant du délire de persécution. Il y a des malades qui dissimulent et qui nient même leur délire pendant une période assez longue de la maladie. C'est ce qui fait la difficulté de l'observation; tandis que ces mêmes malades, dans d'autres moments, le manifestent tout à fait à leur aise, avec une grande facilité, de manière à rendre leur maladie incontestable pour tous.

Il y a des périodes de rémission et de paroxysme dans toutes les variétés de l'aliénation partielle; même chez les malades les plus stéréotypés on constate des différences de degré selon les jours et selon les moments. Pour bien étudier l'aliénation partielle, il ne faut jamais perdre de vue ces deux points de repère: 1er point: étudier l'état général en même temps que les idées dominantes; 2e point: étudier une évolution morbide, une marche de la maladie au lieu

à se borner à la constatation de ce qui existe dans un moment donné. Ce n'est qu'à cette condition qu'on peut connaître les aliénés partiels tels qu'ils sont.

Nous allons trouver l'occasion d'appliquer ces principes dans l'étude de la mélancolie. J'ai à vous parler de la mélancolie envisagée d'une manière générale. Je réserverai pour une nouvelle séance l'étude des variétés de la mélancolie, je me bornerai aux grandes généralités sur cette mélancolie, aux faits les plus connus et décrits dans la plupart des ouvrages contemporains.

Dans la mélancolie il faut, comme dans la manie, étudier d'abord l'état mental, l'état des facultés morales et intellectuelles, et ensuite étudier l'état physique. Nous allons d'abord passer en revue les altérations des grandes facultés de l'intelligence et du moral. Comme je l'ai déjà dit, dans la pathologie générale, il faut étudier successivement la sensibilité, l'intelligence et la volonté.

La sensibilité morale est malade chez tous les mélancoliques, et c'est la base véritable de la mélancolie. La mélancolie, quelle que soit sa forme, quelles que soient ses apparences, a toujours pour fondement un trouble fondamental de la sensibilité morale. Tout mélancolique

est un homme ému, est un homme malheureux, est un homme triste, est un homme anxieux, dont la sensibilité morale est atteinte maladivement. C'est la base fondamentale de toutes les mélancolies. Sans état général de tristesse, d'anxiété, il n'y a pas de mélancolie possible. Dans la sensibilité morale est le trouble élémentaire de toutes les mélancolies. Or, comment se manifeste cette altération de la sensibilité morale? Elle se manifeste d'une façon extérieure par les paroles, par les gestes, par les attitudes, par l'ensemble de l'individu. Voyez un mélancolique: il est immobile, silencieux, il se tient dans un coin et assis la tête baissée; il ne fait aucune attention à ce qui se passe autour de lui, rien ne peut le distraire de ses préoccupations maladives; il est dans l'inertie physique et morale, quelquefois même il reste au lit, il refuse de s'habiller, il refuse de marcher, dans les degrés extrêmes; dans les degrés moins forts, il marche, mais il parle à peine, il répond à voix basse. C'est avec une grande difficulté que vous obtenez de lui quelques réponses très-rares et très-incomplètes, de sorte que l'individu que vous avez sous les yeux est à divers degrés un homme triste, un malheureux, anxieux. L'anxiété morale se manifeste dans tous ses gestes, dans toute son attitude. Si vous parvenez à le faire parler, ce que vous obtenez d'un certain nombre de

mélancoliques, vous constatez que le malade lui-même a en partie conscience de cet état de tristesse, de malaise qu'il éprouve en lui-même; il se sent malheureux, il se sent découragé, il se sent dégoûté de la vie sans savoir pourquoi. C'est là le premier degré de la mélancolie; c'est ce qu'on a appelé le _tædium vitæ_. C'est l'état élémentaire de la mélancolie. Il y a des malades auxquels on a donné le nom de mélancoliques sans délire, qui n'ont pas d'autre trouble pathologique que cet état général de la sensibilité; ils sont malheureux, ils sont tristes sans savoir pourquoi. A partir d'un certain moment, à partir d'une certaine époque de leur existence, des individus qui jusque là avaient mené la vie commune, avaient joui de tous les avantages de la vie sociale, qui avaient rempli les devoirs de leur profession, leurs devoirs de famille comme tout le monde, peu à peu ou tout à coup sont tombés dans un état de tristesse sans motif, de dégoût de l'existence, de désespoir, de _tædium vitæ_. Ils ont conscience de leur état, ils sentent qu'ils sont malades, ils sentent qu'ils ne sont pas ce qu'ils étaient autrefois, qu'il s'est opéré en eux une modification profonde de tout leur être moral; mais ils ne peuvent pas résister à cet entraînement

pathologique qui est tout à fait automatique ; ils sont malgré eux enclins à la tristesse, au désespoir, à la mélancolie, en un mot.

C'est le premier degré de l'état mélancolique, la mélancolie sans délire. Eh bien ! ce fond de mélancolie qui existe quelquefois seul dans tous les autres cas également dont je vous parle, existe dans tous les autres cas comme fond de la maladie ; les individus qui ont des idées prédo=minantes de religion, de damnation, de culpabilité, de condamnation, de persécution, d'empoisonnement, etc, toutes les idées prédominantes qu'on peut imaginer, ont également un fond de tristesse ; chez eux, la sensibilité morale est atteinte fondamentalement et c'est la base de la maladie.

Il ne faut donc pas s'imaginer la mélancolie comme les romanciers l'ont fait, comme l'ont décrite certains auteurs remarquables comme romanciers, comme conséquence de certaines idées tristes ; il ne faut se représenter le portrait de Werther, d'Herman, de René, de tous ces grands mélancoliques comme les romanciers les ont imaginés ; il ne faut pas croire que c'est par suite d'idées religieuses, d'amour ou d'un chagrin motivé qu'on devient mélancolique, ce n'est pas ainsi que procède habituellement la maladie. Il y a quelques

cas, en effet, où l'on peut suivre cette filiation, cette génération psychologique ou philosophique, mais ces cas sont rares. On commence par être triste avant d'avoir des idées tristes; on commence par avoir un état physique et moral de tristesse, de dégoût, d'anxiété, de taedium vitae avant d'arriver à certaines idées tristes déterminées; l'état mélancolique, l'état d'altération de la sensibilité morale précède le développement des idées délirantes. C'est ce que j'ai eu soin de vous exposer dans la leçon sur les troubles intellectuels de la folie considérée en général. J'ai dit qu'il y avait trois périodes dans l'évolution des idées fixes : la première période d'incubation ou d'élaboration; la seconde période de systématisation et la troisième période chronique de délire stéréotypé. Ceci s'applique à la mélancolie comme aux autres délires partiels. Dans la mélancolie il y a d'abord la période d'in=cubation dans laquelle le malade est triste sans savoir pourquoi, il a souvent conscience en grande partie de son état, il se sent envahi malgré lui par une disposition générale à la tristesse qu'il ne peut vaincre et combattre; il cherche à la secouer, à rompre cette disposition anormale, il ne peut pas

y parvenir parceque c'est imposé par un état maladif qui est physique en même temps que moral et qui ne tient pas à certains chagrins, à certaines causes déterminées, comme on le croit souvent qui tient à un état maladif, et qui souvent même date d'un certain moment, d'une certaine époque qu'on peut déterminer. M. Lasègue insiste avec beaucoup de raison sur ce fait que dans beaucoup de folies partielles, il y a une période de début, il y a une sorte d'ictus, il y a un moment dans lequel l'individu est comme frappé par l'état maladif soit sous forme de vertige, soit sous forme de congestion, soit sous forme d'état physique général; il y a un moment où on devient malade. Après avoir passé par l'incubation, la maladie envahit l'être tout entier, il y a un ictus, un moment d'invasion déterminé, à partir duquel on devient un mélancolique ou un aliéné atteint d'une autre forme de folie.

Il y a donc là un état physique et un état moral général qui est la base de toutes les mélancolies. Le malade qui est sous ces impressions, qui involontairement est sans cesse ramené à la tristesse, au désespoir, au dégoût de la vie, cherche alors dans lui-même, dans le monde extérieur, dans son passé ou dans son présent des explications pour

est triste, c'est ainsi que naissent ordinairement les idées délirantes. Il se demande pourquoi il est triste, et alors il cherche dans son passé, il s'accuse lui-même, il recherche dans sa vie passée des peccadilles ou des faits plus ou moins graves pour se les reprocher et il en trouve toujours : lorsque l'on a cette disposition au scrupule, au remords, on découvre toujours dans sa vie certaines circonstances, certains faits qu'on grossit outre mesure et dont on fait le point de départ de son délire ; on s'accuse de choses graves, criminelles, on croit qu'on va être conduit en prison, qu'on va être condamné, qu'on va être accusé, on croit être damné, on croit être condamné à des peines éternelles, condamné à l'enfer, selon les dispositions diverses de l'esprit, ou selon les époques sociales dans lesquelles on vit.

Voilà les directions différentes que prennent les idées mélancoliques, mais elles reposent sur le fond le trouble de la sensibilité générale. C'est parce qu'on est préalablement triste qu'on arrive peu à peu à formuler dans sa tête certaines idées mélancoliques déterminées, et la preuve c'est que ces idées varient non-seulement selon les individus mais selon les époques

sociales. Au moyen-âge, par exemple, alors que l'humanité était religieuse, les idées de possession démoniaque, de sorcellerie, les idées des sciences occultes, les idées démonomaniaques dominaient les esprits, et au lieu d'avoir des aliénés comme aujourd'hui on avait des possédés, et lorsqu'on lit dans les auteurs de cette époque la description de ces malades on retrouve exactement les mêmes états généraux que nous voyons aujourd'hui, seulement certaines idées délirantes sont changées : au lieu de se croire possédé par le diable, de se croire damné, d'autres se croient persécutés par la police, par le magnétisme, par la physique ou par les jésuites. Les objets varient, mais la disposition fondamentale reste la même. Ce sont toujours des mélancoliques ce sont des malades qui, par un certain état physique parfaitement déterminé du système nerveux, arrivent à être tristes, malheureux, désespérés et qui s'accrochent alors à certaines idées en rapport avec leur propre éducation, avec le milieu dans lequel ils ont vécu ou avec leur époque sociale. Les idées délirantes peuvent varier selon les temps et les lieux, mais le malade reste toujours le même; par conséquent, c'est cet état général qu'il faut étudier et connaître beaucoup plus que les idées dominantes.

C'est donc un grand tort de diviser, comme on le fait

aujourd'hui, les délires partiels d'après les idées pré=
=dominantes; c'est-à-dire qu'un malade est atteint de
délire religieux, de délire érotique, du délire de culpabilité
ou de persécution, ces formes de délire ne sont que le fait
superficiel, et ce qui est important, c'est le fond même
de la maladie, l'état général qui domine tout le reste.
Il faut donc se mettre dans la tête que la base de toutes
les mélancolies, c'est l'altération de la sensibilité morale.
Les mélancoliques sont des gens qui souffrent, qui sont
sous l'empire de phénomènes douloureux, de la douleur
morale. La douleur morale involontaire, instinctive,
automatique est la base de toutes les mélancolies.

Voilà donc le premier fait, le trouble fon=
=damental de la sensibilité morale.

Après ce grand fait en vient un autre.
Il est relatif au trouble de l'intelligence. Les mélan=
=coliques ne sont pas seulement des hommes qui
souffrent moralement, ce sont des hommes qui pensent
moins que dans l'état normal. L'intelligence est
atteinte dans sa totalité. L'intelligence n'a pas
précisément baissé de niveau au point de vue de la
capacité intellectuelle, mais elle a baissé au point

de vue du mouvement, le mouvement intellectuel est ralenti. Tout mélancolique est un homme dont la pensée s'exerce avec une grande difficulté, avec une extrême lenteur. Il y a chez tous les mélancoliques non-seulement altération de la sensibilité, mais altération de l'intelligence dans son ensemble, quoique le délire soit partiel; il est partiel au point de vue des idées, mais il est général au point de vue de l'ensemble des troubles de l'intelligence. L'intelligence, chez les mélancoliques, est une intelligence ralentie dans son mouvement et fonctionnant avec difficulté, non-seulement avec lenteur, mais avec douleur. Il y a là un trouble général de l'intelligence qui est la base de toutes les mélancolies, et, comme le disait mon père, les mélancoliques sont plus absorbés qu'attentifs. Il y a plus de confusion dans leurs idées, plus de trouble qu'on le croit au premier abord.

Esquirol représentait les mélancoliques comme ayant une attention exagérée, une attention concentrée sur certaines idées dominantes. Certainement que la force d'attention se concentre sur quelque point fixe, mais cette force d'attention elle-même est diminuée, et les mélancoliques envisagés d'une manière générale, ont une intelligence ralentie et dont l'exercice est difficile et pénible. Le mélancolique pense

peu, il pense avec difficulté. Il y a donc là un trouble de l'intelligence qui s'applique à tous les mélancoliques, qui s'applique surtout à certaines variétés de mélancoliques atteints de dépression simple, avec tendance plus ou moins prononcée vers la stupeur. Tout mélancolique qui tend à la stupeur présente un trouble très-étendu de l'in=telligence. L'intelligence est confuse, elle est dans le vague, elle fonctionne difficilement, et, dans quelques cas même, elle ne fonctionne pas du tout, dans les cas extrêmes il y a des mélancoliques avec stupeur qui arrivent à une sorte d'idiotisme accidentel, qui arrivent à ne plus penser. Cependant M. Baillarger a observé avec raison que chez beaucoup de mélancoliques avec stupeur chez lesquels on croit que la pensée est suspendue, elle n'est en réalité qu'une pensée absorbée par quelques idées et ils pensent plus qu'on ne croit. C'est ce qu'on peut constater dans les moments de rémission ou dans la période de convalescence.

Mais quoi qu'il en soit, malgré la persistance de quelques idées dans la mélancolie avec stupeur, il y a néanmoins un ralentissement considérable du fonc=tionnement intellectuel, il y a une intelligence très-affaiblie

est très ralentie dans son mouvement.

Les mêmes observations s'appliquent à la volonté. La volonté chez les mélancoliques est également atteinte dans sa base. La mélancolie entraîne à sa suite l'impuissance plus ou moins grande de la volonté. M. Billod a décrit dans un travail publié dans les Annales les lésions de la volonté par défaut et par excès. Il a fait remarquer avec raison que, dans la mélancolie, la volonté est souvent lésée par défaut. Les mélancoliques sont impuissants à vouloir, et ceux qui peuvent analyser leur état, qui en ont conscience, comme je le dirai dans la prochaine séance, racontent très-bien qu'ils n'ont plus aucun désir, qu'ils n'ont plus de goût à rien, que rien ne les pousse, qu'ils sont indifférents à tout, qu'ils se sentent incapables d'agir, qu'ils n'ont plus de volonté. Je voudrais pouvoir vouloir, disent certains mélancoliques; je voudrais bien telle chose, mais je ne le peux pas; je n'ai pas la force de vouloir, je n'ai pas la force d'agir. Les mélancoliques qui ont conscience de leur état vous décrivent donc parfaitement cet état qui existe chez tous les mélancoliques, à savoir que la volonté est affaiblie. Non-seulement l'homme est affaibli intellectuellement, mais il n'a plus sa force de volonté normale, il ne peut plus faire un mouvement, un

pas, il faut un effort très-grand pour l'engager à marcher, pour l'engager à se lever de son siège ou de son lit. Le mélancolique reste immobile par inertie morale, absence de volonté.

Cependant il y a certains mélancoliques, ce sont les mélancoliques anxieux, qui constituent une variété particulière, chez lesquels la volonté existe encore et toujours sous la même forme, c'est-à-dire qu'ils ont besoin de faire les mêmes mouvements, de répéter les mêmes paroles ou de se livrer aux mêmes actes. Il y a des mélancoliques, ce sont les mélanco=liques anxieux ou gémisseurs, comme les a appelés M. Morel, qui ont besoin de parler et d'agir, mais de répéter toujours les mêmes choses ou de faire les mêmes choses ou de faire toujours les mêmes actes. Les malades se promènent de long en large comme des âmes en peine, ils ne peuvent pas tenir en place, ils ne peuvent pas rester assis; ils ont besoin de marcher à pas lents, toujours dans la même direction, de la même façon, en répétant les mêmes mots ou en poussant les mêmes lamentations ou les mêmes soupirs. Ce sont les mélancoliques anxieux. Chez eux la volonté n'est

pas impuissante, elle n'est pas anéantie, mais elle ne peut s'appliquer qu'à un petit nombre d'actes toujours les mêmes; c'est une autre forme de lésion de la volonté. Cette faculté existe encore, mais elle est très atténuée puisqu'elle ne peut s'appliquer qu'à certains faits déterminés. Les malades ne peuvent répéter que leurs idées délirantes, leurs préoccupations constantes et renouvellent sans cesse les mêmes actes. C'est une variété spéciale de la mélancolie sur laquelle j'insisterai.

Vous voyez, pour nous tenir dans les faits généraux que la mélancolie se caractérise d'une manière générale par un ensemble de faits psychiques; elle se caractérise par la douleur morale; elle se caractérise par le ralentissement des fonctions intellectuelles et elle se caractérise par l'affaiblissement et l'impuissance de la volonté. Il y a là un ensemble de faits psychiques qui forment la base de la mélancolie, quelle que soit la prédominance des idées, que le mélancolique soit préoccupé d'idées de persécution, d'idées de culpabilité, d'idées démoniaques, d'idées religieuses, d'idées de tout ordre quelle que soit la prédominance des idées, le fond reste le même; le mélancolique est malheureux, il est désespéré, il a une pensée ralentie et une volonté impuissante.

Il en est de même au point de vue de l'étude des

faits physiques. Il y a également chez tous les mélancoliques certains troubles physiques qui sont toujours les mêmes. Aux troubles de la sensibilité morale correspondent les altérations de la sensibilité physique. Chez tous les mélancoliques il y a des altérations de la sensibilité générale; tous les mélan=coliques ont non-seulement de la douleur morale, mais ils ont de la douleur physique; ils ont un sentiment de malaise, un sentiment de maladie, un sentiment de souffrance qui est général et qui non-seulement se manifeste sous la forme de l'hypocondrie chez certains d'entre eux mais qui chez tous se manifeste par un malaise. Tout mélancolique est un homme qui souffre non-seulement moralement mais physiquement. Il y a là un état général du système nerveux qui est également la base de toutes les mélancolies.

Cette étude a été très-bien faite par tous les auteurs qui se sont occupés de la mélancolie et en particulier dans ces derniers temps il y a eu un concours et un prix fondé par la Société médico-psychologique qui a donné naissance à six mémoires dans lesquels on a étudié les troubles de la sensibilité

physique et morale dans la mélancolie. Ces mémoires ont publié des faits extrêmement intéressants au point de vue des lésions de la sensibilité générale des diverses variétés de mélancolies. C'est-là un fait incontestable et qui est la base physique de tous les états mélancoliques.

Cette sensibilité peut être altérée de deux manières, ou en excès ou en défaut. Il y a des cas d'hyperesthésie physique et il y a des cas d'anesthésie. L'anesthésie peut être générale ou partielle. Il y a des mélancoliques chez lesquels on observe certaines parties du corps qui sont anesthésiées; chez d'autres au contraire cet état d'insensibilité se propage sur toute l'étendue du corps. Mais quelle que soit la variété de l'altération de la sensibilité, elle existe toujours chez tous les mélancoliques et dans toutes les formes de la mélancolie.

Ces troubles de la sensibilité physique donnent souvent lieu à des illusions ou à des hallucinations, comme je vous l'ai déjà dit en vous parlant de ces deux phénomènes généraux, il y a beaucoup de malades qui éprouvent des sensations dans diverses parties du corps et qui les interprètent dans le sens de leur délire, au lieu d'attribuer ces sensations à une maladie, à l'état du système nerveux, ils

les attribuent à l'influence dont ils croient être victimes, ils les attribuent à la magie, à la sorcellerie, à la physique, à la police aux jésuites, aux sciences occultes, au diable, à tous les causes occultes que l'aliéné invoque pour expliquer ses sensations morbides. Il y a donc chez la plupart des mélancoliques des phénomènes nerveux incontestables, il y a de plus des douleurs. C'est une étude qui a été très-bien faite par plusieurs aliénistes allemands. En Allemagne on a insisté, l'école somatique a insisté avec beaucoup de raison sur les névralgies et les phénomènes douloureux qui existent surtout chez les mélancoliques. Les mélancoliques ont presque tous des douleurs de tête, des céphalalgies, ils croient avoir la tête vide, ils ont un sentiment de vacuité ou de ballottement dans le crâne, ou dans d'autres cas ils ont un sentiment de pression, Il leur semble que leur tête ~~est~~ comme dans un étau; ils ont des névralgies dans diverses parties du corps, et ces névralgies sont le point de départ de phénomènes analogues aux phénomènes de l'aura. Ces phénomènes existent aux régions précordiales et constituent l'anxiété précordiale. C'est une sorte de pression anxieuse qui existe à la région de l'épigastre,

à la région du cœur : l'anxiété. Ce phénomène est très-fréquent, et les malades qui l'ont éprouvé le décrivent tous de la même manière, et lorsque le malade est guéri il éprouve un soulagement extraordinaire à être débarrassé de cette sensation d'angoisse qui a duré depuis le début jusqu'à la fin de l'accès.

Il y a d'autres phénomènes douloureux, dans d'autres parties du corps; il y a des points névralgiques soit dans le côté soit dans l'abdomen, dans diverses parties du corps, les aliénés sont soumis à des névralgies; il y a la folie névralgique comme l'ont appelée les allemands entre autre le docteur Schüle, médecin-adjoint de l'asile d'Illenau, dans le duché de Bade. Les allemands se sont appuyés là-dessus pour préconiser le traitement de la folie par des injections de morphine; ils sont arrivés à en faire prendre des doses toxiques très-élevées qui, en guérissant la névralgie, peuvent à arriver à guérir la folie et la mélancolie.

Mr Voisin, à la Salpêtrière, a suivi la même voie et il applique des injections de morphine au cas de mélancolie sur une très-grande échelle, il arrive à de très-fortes doses, il a suivi la voie ouverte par certains médecins allemands. Mais quelle que soit l'efficacité de ce moyen, de cette injection

hypodermique et les cas de son application, il y a des cas où cela peut calmer les douleurs névralgiques qui peuvent être le point de départ physique de la mélancolie. Vous voyez donc qu'il ne faut pas négliger les phénomènes physiques dans l'étude de la mélancolie.

A côté des troubles de la sensibilité viennent se placer les troubles des mouvements. Les mélancoliques ont presque tous une altération générale des mouvements, les mouvements sont ralentis, presque nuls. Le mé=lancolique éprouve de la fatigue, un sentiment de courbature; il est tellement affaibli qu'il peut à peine supporter le poids de son corps. Il en résulte qu'il cherche à rester au lit, il ne peut pas marcher. Quand il n'est pas au lit il reste sur un fauteuil. Le mouvement pour lui est extrêmement pénible et il ne se décide qu'à grand'peine à l'accomplir. Il y a donc là une lésion fondamentale des mouvements qui est également la base de beaucoup de mélancolies, de la plupart des mélancolies. Dans quelques cas cependant les mouvements présentent un autre genre d'altération et correspondent sous ce rapport à la variété dont je vous parlais tout à l'heure, les mélancoliques

qui marchent sans cesse, qui ne peuvent pas se tenir assis ni couchés. Ils ont une altération spéciale du mouvement, ils ont comme une décharge continuelle du système nerveux sur les muscles, qui les pousse à se mouvoir sans cesse d'une façon automatique, machinale, sans but, instinctive. Les mélancoliques ont besoin continuellement de mouvement, mais d'un mouvement automatique sans résultat et d'un mouvement incessamment le même; ce sont les mélancoliques anxieux qui constituent une variété particulière dont j'aurai à vous parler dans la prochaine séance.

On constate également chez les mélancoliques des variétés partielles des troubles du mouvement, des contrac=tures, des phénomènes cataleptiques, des altérations partielles dans la contraction des muscles ou dans leur relâchement, des spasmes, des contractions vermiculaires soit dans les muscles superficiels, soit dans les muscles de la vie organique; tous les phénomènes que je vous ai décrits en thèse générale comme lésions des mouvements dans la folie se retrouvent chez les mélancoliques.

Après vous avoir parlé de ces troubles de la sensibilité, il me reste à dire un mot de chacune des fonctions organiques.

Le sommeil est très-souvent troublé chez les mélancoliques. Dans la période aiguë de la mélan=colie, il y a presque toujours insomnie pendant plusieurs mois; la plupart des mélancoliques ne dorment pas pendant la première période de la maladie. Quand le sommeil commence à revenir c'est que la maladie com=mence à se fixer et à devenir à un certain degré chronique. Le sommeil, quand il existe, est interrompu par des rêves des cauchemars et il est toujours insuffisant.

Les fonctions génitales présentent également des altérations. Il y a chez beaucoup de mélancoliques un état d'impuissance plus ou moins prononcé. Les fonctions génitales sommeillent comme les autres fonctions.

Il en est de même de la menstruation chez les femmes qui est irrégulière ou même supprimée. Mais il faut répéter ici ce que j'ai déjà dit pour la manie, à savoir que le retour des règles est loin d'être toujours un signe de guérison. Il y a des malades chez qui les règles ont été supprimées pendant longtemps et chez lesquelles elles renaissent, elles se reproduisent, elles reviennent à l'état normal et cependant ces malades ne guérissent pas de leur mélancolie. La réapparition

des règles n'est pas du tout un signe constant de guérison. Il y a des cas où elles coïncident avec la guérison, mais il y en a d'autres où les malades ne se rétablissent pas malgré le retour des règles.

Les autres fonctions de l'organisme sont presque toutes troublées chez les mélancoliques et surtout les fonctions digestives. Les mélancoliques ont presque tous un trouble digestif, un trouble d'estomac ou d'intestins, et non-seulement les mélancoliques à prédominance hypocondriaque mais même les autres mélancoliques. Il y a altération des fonctions stomacales et intestinales. Cela se présente sous forme de perte d'appétit, d'embarras gastrique, de langue blanche, d'haleine fétide, de refus des aliments, de dégoût des aliments quand il n'y a pas de refus absolu; c'est un fait qui est habituel à la plupart des mélancoliques; ce refus des aliments et même quelquefois si intense qu'on est obligé de les nourrir pendant des mois, pendant des années à l'aide de la sonde œsophagienne; c'est ce qu'on a appelé la sitophobie des mélancoliques. C'est un fait fréquent qui déjoue quelquefois les efforts du médecin; malgré l'emploi de la sonde le malade arrive au marasme et à la mort parceque l'alimentation

est insuffisante.

Dans quelques autres cas il y a excès d'appétit, mais c'est un fait accidentel qui alterne avec le dégoût des aliments, qui est le fait le plus habituel; ce n'est qu'un symptôme passager qui disparaît pour faire place de nouveau au dégoût des aliments.

Il y a chez certains mélancoliques un embarras gastrique perpétuel; la langue est sale, les digestions se font mal, elles sont lentes et douloureuses, mais il y a presque toujours de la constipation. C'est le fait constant le plus habituel du moins chez tous les mélancoliques.

Il y a donc lieu d'employer dans tous ces états organiques, plusieurs moyens et surtout les purgatifs répétés à petites doses, mais fréquemment répétés. Il y a chez les mélancoliques à faire attention au point de vue thérapeutique, à l'état des fonctions gastro-intestinales. Les fonctions de la nutrition se ressentent de cette altération de la digestion. Les mélancoliques sont tous amaigris à divers degrés; quelques-uns sont réduits à l'état de squelette, tout mélancolique est très-amaigri et il est quelquefois

arrivé à un degré d'émaxciation tel qu'il ressemble à une momie, et tous les mélancoliques paraissent vieillis par suite de la maigreur. Lorsqu'on a connu une personne avant sa maladie et qu'on la voit quelques mois après dans un état mélancolique, souvent on ne la reconnaît plus, tant elle est changée, tant elle est vieillie.

Il arrive chez les mélancoliques une altération de toutes les sécrétions, une altération de la peau. La peau devient rugueuse, sèche, la respiration cutanée ne s'exerce plus, les sécrétions sont taries ou très-peu abondantes. Cela agit d'une manière générale sur la nutrition qui est incomplète et le malade arrive à n'avoir plus que la peau collée sur les os, surtout quand le refus des aliments s'ajoute à ces circonstances générales relatives à toutes ces fonctions de la nutrition.

Vous voyez qu'il y a dans la mélancolie certains phénomènes physiques et moraux qui sont constants, qui s'appliquent à toutes les formes, à toutes les variétés, et qui sont la caractéristique vraie de l'état mélancolique. Quelle que soit la diversité des formes que revêt la mélan=
=colie il y a certains caractères généraux physiques et moraux qu'il importe d'étudier, de bien connaître parce

qu'ils s'appliquent à tous les mélancoliques.

Il en est de même des fonctions de la respiration et de la circulation. La circulation des mélancoliques est ordinairement très-ralentie, le pouls est très-lent, très-faible, très-petit, quelquefois même imperceptible; la circulation se fait si mal que les extrémités sont froides, bleuâtres, quelquefois ~~[illegible]~~ œdematiées. C'est surtout vrai de toutes les variétés de mélancolie qui aboutissent à la stupeur. Dans les mélancolies dépressives passées à la stupeur il y a refroidissement et œdème des extrémités inférieures et supérieures. La respiration est très-ralentie aussi, les malades ne respirent pas d'une façon appréciable extérieurement, on ne voit pas le soulèvement de la poitrine chez eux, ils respirent d'une manière si incomplète que la respiration n'est pas apparente.

Quelques mélancoliques même sont obligés de suppléer de temps en temps par des soupirs, par des respirations plus fortes, à l'insuffisance habituelle du mouvement respiratoire. Les soupirs sont un fait très-fréquent dans tout état mélancolique. J'aurai à revenir sur ces différents faits avec plus de détails

à propos des diverses variétés de mélancolie, et surtout en vous parlant de la mélancolie avec stupeur, car c'est surtout dans cette variété que tous ces phénomènes existent et sont très-prédominants.

J'ai à vous dire, en terminant, quelques mots de la marche de la mélancolie envisagée en général ; la mélancolie a ordinairement une marche très-lente qui a une longue durée. Les accès de mélancolie sont ordinairement beaucoup plus longs que les accès de manie. Tout individu qui est atteint d'un délire mélancolique est certainement atteint, même dans les cas les plus curables, pour plusieurs mois et quelquefois pour plusieurs années ; la mélancolie a une marche extrêmement lente et monotone.

En général, la marche de la mélancolie est à peu près continue ; elle est continue au même degré mais plus souvent progressive. Si on compare un mélancolique à ce qu'il était plusieurs mois auparavant, on constate chez lui des différences de degré. Il y a des mélancoliques, par exemple, qui commencent par le premier degré, par la mélancolie sans délire, qui, peu à peu deviennent de plus en plus malades et marchent progressivement vers la stupeur. Ces mélancoliques ne sont donc pas semblables

à eux-mêmes aux différentes époques de la maladie ; si on les compare à plusieurs mois de distance, ils présentent une très-grande différence dans le degré, dans l'intensité de leur maladie, mais cette évolution est très-lente, elle est très-lentement progressive. Il en résulte que d'un jour à l'autre, d'une semaine à l'autre, on ne constate pas de notable différence et c'est ce qui fait croire que la mélancolie est une maladie essentiellement continue et immodifiable. Il semble au premier aspect que les mélancoliques sont toujours les mêmes, qu'une fois atteints d'un délire mélancolique on reste très-longtemps dans cet état, cependant il y a des différences de degré même dans les formes les plus continues. Mais indépendamment de ces formes continues ou des formes paroxystiques, il y a des formes rémittentes, il y a des variétés de mélancolie qui sont extrêmement variables suivant les époques où on les observe, et parmi ces variétés figure au premier rang le délire de persécution. La plupart des mélancoliques atteints d'idées de persécution sont très-différents d'une époque à une autre ; le délire est toujours le même, ils ont

les mêmes hallucinations, ils ont les mêmes conceptions délirantes, mais les manifestations sont très-différentes suivant que la maladie est en état de paroxysme ou en état de rémission. Il y a des malades qu'on amène dans les asiles d'aliénés en état de paroxysme extrême, qui se croient tourmentés à travers les murailles, qui entendent des voix de plusieurs personnes à la fois, qui sont dans une excitation extrême, qui ne peuvent pas tenir en place, qui sont dans l'état aigu du paroxysme, et ces mêmes malades, trois semaines, un mois après rentrent dans le calme et ils ont toutes les apparences de la raison. Lorsqu'on vient les interroger dans ces conditions, ils dissimulent leur délire, quelquefois ils le nient, et alors l'observation devient très-difficile à prendre. Le malade parle de tous les sujets étrangers à son délire comme un homme raisonnable et il ne se laisse pas aborder sur le terrain de sa maladie, de sorte que dans cet état de rémission, le délire de persécution est très-difficile à constater. Les variétés de mélancolie sont donc essentiellement rémittentes. Il y a d'autres variétés qui sont intermittentes; il y a des mélancolies intermittentes, comme il existe des manies intermittentes. Il y a des mélancolies ~~revenant~~ se produisant sous forme d'accès; il y a des

malades qui dans leur vie ont deux, trois accès de mélancolie. Il y a des malades, des jeunes gens au moment de la puberté, des femmes avant leur mariage qui ont eu un accès de mélancolie. Ils se marient, ils restent dix ans sans éprouver d'accident, et puis un beau jour ils sont pris d'accès de mélancolie. Cela dure plus ou moins longtemps, quelquefois plusieurs années; ils guérissent et dix, vingt ans après cela se reproduit à l'époque critique ou à un âge plus avancé. Il y a des malades qui ont deux, trois accès de mélancolie dans le cours de leur vie. Or, ces accès ont le caractère que je vous ai indiqué déjà pour les folies intermittentes, c'est-à-dire qu'ils ont, tous, les mêmes caractères se reproduisant identiquement les mêmes chez les mêmes individus. Lorsqu'on observe un accès, assez souvent il ressemble au premier, il y a là un caractère qui s'applique aussi bien à la mélancolie qu'à la manie.

D'autres formes de mélancolie sont également intermittentes, surtout parmi les formes de la mélancolie anxieuse, de ces mélancoliques dont je vous parlais, qui ont besoin continuellement de marcher, de remuer, de gémir, de se lamenter; ces

malades qui ne peuvent pas tenir en place, qui répètent incessamment les mêmes mouvements, presque toujours sont atteints de formes intermittentes. Seulement les formes intermittentes peuvent avoir une longue durée. Le malade peut être ainsi pendant plusieurs années avant que l'accès n'arrive à sa fin. Ce sont des accès souvent très-longs qui durent trois ou quatre ans et même davantage, même dans les cas où ils guérissent, mais cette forme de mélancolie anxieuse est plus ~~fréquente~~ intermittente que les autres.

La mélancolie qui tend à la stupeur au contraire a une marche continue et progressive jusqu'à ce que le malade arrive à la stupeur ou arrive à la guérison. Mais les malades atteints de mélancolie avec stupeur guérissent souvent, je ne dis pas toujours, mais il y a un assez grand nombre de mélancoliques avec stupeur qui guérissent.

Vous voyez donc déjà, rien que par cet aperçu général sur la marche, qu'il y a trois variétés de mélancolies en quelque sorte, les unes qui sont rémittentes mais qui durent toute la vie; les autres qui sont intermittentes et se reproduisent sous forme d'accès; et les autres enfin qui sont continues, progressives et qui

tendent à la guérison après un temps plus ou moins long.

Il y a donc trois grandes classes parmi les mélancoliques au point de vue de la marche : les mélancoliques qui guérissent et dont la marche est très-lente ; les mélancoliques qui ne guérissent jamais mais qui présentent des périodes de rémission très-prolongée ; et enfin les malades qui guérissent sous forme intermittente, c'est-à-dire dont les accès se reproduisent deux, trois fois dans le cours de l'existence.

Or, il est remarquable que ces variétés dans la marche correspondent à certaines variétés dans la forme même de la maladie. C'est ainsi qu'on peut arriver, dès à présent, malgré l'imperfection de notre science, à quelques variétés vraiment naturelles qu'on peut établir parmi les mélancoliques. Au lieu de se borner à des descriptions générales telles qu'elles existent dans Pinel, dans Esquirol et d'autres auteurs de notre époque, descriptions des mélancoliques qui sont extrêmement vagues et indéterminés, qui s'appliquent à des états très-différents, au lieu de se borner à ces descriptions vagues on peut arriver,

rès à présent, à plus de précision dans la description. On peut admettre trois catégories de mélancolies : les mé=lancolies tendant plus ou moins à la dépression ou à la stupeur, qui sont une maladie lente, continue mais curable ; les mélancolies au contraire avec idées prédomi=nantes, surtout des idées prédominantes de persécution, qui sont rémittentes, qui ne guérissent presque jamais ; et enfin les mélancolies anxieuses avec manifestations extérieures de lamentations, de mouvements et de gémissements, qui ont une forme intermittente, qui se produisent presque toujours sous forme d'accès.

C'est cette classification provisoire encore, mais cependant plus naturelle que les classifications existantes, que nous adopterons dans la prochaine séance pour décrire les variétés de mélancolies. Au lieu de chercher à distinguer les mélancolies d'après la nature des idées prédominantes, nous chercherons à les distinguer d'après ces variétés de l'état général : 1ère variété, mélancolie dépressive tendant à la stupeur ; 2e variété, mélancolie anxieuse se produisant sous forme d'accès ; et 3e variété, mélancolie avec prédominance d'idées tristes mais actives, dont le délire de persécution est le type le plus fréquent,

forme de maladie qui est rémittente et qui se produit sous forme de paroxysmes et de rémissions très-prononcés, et qui ne se guérit presque jamais.

Grâce à cette division générale, je crois que nous pourrons décrire les mélancoliques d'une façon plus clinique, plus pratique qu'on le fait ordinairement quand on se borne à distinguer les mélancoliques selon qu'ils ont des idées religieuses, des idées hypocondriaques, des idées de suicide, des idées de persécution, des idées de culpabilité ou de damnation. Ces distinctions sont tout à fait artificielles, superficielles, et elles ne reposent pas sur une observation vraiment pathologique. Il est bien plus important de chercher à mettre la marche de la maladie en rapport avec l'ensemble des phénomènes physiques et moraux. C'est ainsi qu'on peut, dès à présent, établir quelques variétés naturelles parmi les mélancoliques.

Dans la prochaine séance nous décrirons ces différentes variétés de mélancolies. Il est probable que je ne pourrai en décrire que deux et que je serai obligé de remettre même le délire de persécution pour une 3e séance.

16e Leçon.

13 Janvier 1877.

Messieurs,

J'ai à vous parler aujourd'hui des variétés de la mélancolie.

Dans la dernière séance nous avons étudié la mélancolie en général, la mélancolie telle qu'on l'étudie habituellement, dans ses caractères communs, dans ses caractères généraux, telle qu'elle est décrite dans la plupart des ouvrages sur l'aliénation mentale. Mais cette description tout-à-fait générale est beaucoup trop vague pour s'appliquer à chacun des cas particuliers. Les mélancoliques sont extrêmement nombreux ; il y en a non-seulement beaucoup dans les asiles d'aliénés, mais il y en a beaucoup dans les familles, dans le monde. La mélancolie est une maladie assez fréquente et qui présente des formes très-diverses. Il ne suffit donc pas de décrire la mélancolie en général pour avoir une idée exacte des malades tels qu'ils

sont dans la nature. Il faut établir des catégories. Les catégories ont été faites jusqu'à présent, comme je vous l'ai dit plusieurs fois, d'après les idées prédominantes. On a admis la mélancolie religieuse, la mélancolie érotique, la mélancolie orgueilleuse, (je crois que ces deux mots ne se rencontrent pas souvent ensemble) la mélancolie mystique, la démonomanie, c'est-à-dire la mélancolie avec prédominance d'idées de possession par le diable, la mélancolie de suicide; on a divisé d'après les idées prédominantes, d'après les actes, la mélancolie incendiaire, la mélancolie homicide; on a divisé la mélancolie comme les monomanies, d'après les actes principaux et d'après les idées et les sentiments prédominants, mais ces divisions sont tout-à-fait artificielles. Il est impossible de faire une description de maladies basées sur ces premières données. La mélancolie religieuse, qui est une des plus fréquentes, ne présente pas elle-même de caractères particuliers, de marques qui puissent être étudiées et qui puissent être mis en rapport soit avec le diagnostic, soit avec le pronostic. Il faut donc chercher ailleurs des bases de division, et nous ne pourrons les chercher dans

d'autres points; nous ne pourrons les chercher ailleurs que dans l'état général, comme je vous l'ai déjà dit plusieurs fois; ce qui importe dans les aliénations partielles, c'est de distinguer le fond ou état général des idées prédominantes qui peuvent varier selon les époques sociales, suivant le milieu où vivent les malades, suivant leurs habitudes intellectuelles, leur éducation; et le fond néanmoins reste le même. Il faut donc tâcher, pour se rapprocher d'une classification naturelle, en attendant qu'on ait découvert de véritables types incontestables et incontestés, il faut, pour le moment, se baser sur l'état général plutôt que sur les idées prédominantes.

Partant de ce principe, nous allons admettre trois espèces de mélancolies, ou variétés de la mélancolie: la mélancolie anxieuse, c'est-à-dire la mélancolie dans laquelle les idées tristes reposent sur un fond général d'anxiété. Le mot anxiété est celui qui représente le mieux, par sa généralité, cet état, ce fond de mélancolie qui le distingue des autres variétés. Que veut dire, en effet, le mot anxiété? Il veut dire que les malades ont besoin de manifester extérieurement leur tristesse intérieure. Tandis que la plupart des mélancoliques, les mélancoliques comme

on les a décrits généralement, sont des êtres inertes, des êtres immobiles, des êtres inactifs, les mélancoliques anxieux au contraire sont bien dominés par des idées tristes, mais ils ont des manifestations extérieures; ce sont, si on pouvait ainsi parler, des mélancoliques agités, ce sont des mélancoliques avec manifestations extérieures plus ou moins tumultueuses, plus ou moins bruyantes. C'est donc là une première variété de la mélancolie; ce sont des mélancoliques qui, au lieu de se taire, au lieu de rester immobiles, ont besoin de se plaindre, ont besoin de parler, ont besoin d'agir.

La seconde variété c'est la mélancolie dépressive à divers degrés et aboutissant en définitive à la stupeur. Les malades atteints de cette seconde forme de mélancolie sont les mélancoliques inertes, les mé=lancoliques affaissés, anéantis, les mélancoliques immobiles. C'est la seconde catégorie.

La troisième catégorie de mélancoliques ce sont les mélancoliques que l'on peut appeler actifs, qui diffèrent des précédents en ce sens qu'ils agissent beaucoup, et ils diffèrent de la première catégorie en ce sens que leurs actions ont un but,

un but déterminé. Les mélancoliques ont été appelés également des monomanes tristes. C'est un mot employé par M.r Baillarger qui a distingué les mélancoliques en deux classes; au lieu d'en admettre trois, il en a admis deux : les mélanco=liques à forme dépressive et les mélancoliques actifs ou monomanes tristes, c'est-à-dire des individus dont le délire est triste, mais dont le délire est posé (dis) ~~in~~actif (à passif), s'accompagne, comme dans les autres monomanes, d'une activité extérieure. Ce sont des malades, par exemple, qui parlent beaucoup, qui expriment leurs idées tristes, qui se plaignent, qui accusent, comme les persécutés, qui accusent des ennemis qui les poursuivent, qui cherchent à agir et qui agissent en conséquence de leur délire, qui agissent avec un but et d'une manière déterminés et avec des résultats possibles, avec des actes en rapport avec leur délire. Voilà donc les trois catégories de mélancoliques que nous allons étudier suc=cessivement.

Avant de commencer l'étude des mélancoliques anxieux, il importe de dire quelques mots d'une névrose qui se rattache souvent à cette forme de maladie mentale : je veux parler de l'hypocondrie. L'hypocondrie est une maladie nerveuse spéciale, dont les anciens plaçaient le

siége dans le système nerveux ou dans l'abdomen, dans le système nerveux général ou dans les organes sous-diaphragmatiques, et dont les modernes au contraire placent le siége exclusivement dans le cerveau. Depuis le commencement du siècle on a réagi contre la doctrine des anciens qui plaçaient l'hypocondrie dans les organes sous-diaphragmatiques, et l'école de Pinel et d'Esquirol, ainsi que l'école de Gall, a démontré que l'hypocondrie était toujours une névrose cérébrale. Aujourd'hui on tend à revenir de cette opinion exclusive, on tend à admettre deux espèces d'hypocondrie, l'hypo=condrie névrose et l'hypocondrie, maladie mentale; l'hypocondrie névrose, maladie générale, qui a son siége dans le système nerveux périphérique ou dans le système ganglionnaire, et l'hypocondrie, maladie mentale, qui serait mieux appelée en la désignant sous le nom de nosomanie, c'est-à-dire maladie con=sistant à se croire malade alors qu'on n'a pas de maladie grave, de maladie organique. Quoi qu'il en soit, ces deux variétés d'hypocondrie se touchent de très-près et se lient souvent même chez les mêmes individus. Il faut distinguer, pour comprendre bien

l'hypocondrie, il faut distinguer l'hypocondrie névrose de de l'hypocondrie, maladie mentale. Ce sont quelquefois deux périodes dans le même état, quelquefois deux périodes distinctes et qui n'arrivent pas chez les mêmes individus. Vous savez ce que sont les hypocondriaques; ce sont des malades qui souffrent physiquement, qui ont des douleurs nerveuses dans toutes les parties du corps; ce ne sont pas des malades imaginaires, comme on le dit très-souvent, expression qui révolte ces malades; ce sont des malades atteints d'une maladie nerveuse véritable, c'est-à-dire que leur système nerveux est souffrant d'une maladie incontestable; ils éprouvent du malaise, de véritables souffrances dans la tête; ils ont des sensations de compression dans la tête, ils ont la tête serrée comme dans un étau; d'autres fois leur tête leur semble vide et légère; dans d'autres cas ils croient que leur tête est de plomb; ils ont des sensations très-variées dans la tête comme dans les autres organes; c'est du côté de l'abdomen surtout que se manifestent les symptômes nerveux hypocondriaques; ils ont des troubles dans la digestion; ils ont de la voracité ou de l'inappétence; tantôt ils ont grand appétit, tantôt ils ne peuvent pas manger, ils ont le dégoût des aliments; ils ont souvent des gaz

déterminant des tympanites dans l'abdomen. Ce ne sont donc pas seulement des malades imaginaires, ils ont des sensations extrêmement nombreuses dans toutes les parties du corps, sensations qui sont très-pénibles, douloureuses; le malade ne peut pas se soustraire à la domination de ces impressions, il est incessamment sous le coup de ces impressions douloureuses, et il est inca=pable d'avoir d'autres préoccupations. L'hypocondrie est tellement douloureuse qu'elle absorbe tout à fait le malade; c'est pourquoi il ne cesse de lire des ouvrages de médecine pour étudier sa maladie et tâcher de découvrir des remèdes; il ne cesse d'aller consulter les médecins, passant de l'un à l'autre; recherchant les consultations des médecins et cherchant toujours à y trouver à redire et à les critiquer et à les remplacer par d'autres. L'hypocondriaque, en un mot, passe sa vie à étudier les ouvrages de médecine, à étudier ses propres sensations et à demander des conseils. Ceci démontre que ces malades sont malheureux et ont des sensations extrêmement douloureuses. Il y a là un trouble de la sensibilité générale qui n'est pas contestable pour un médecin qui observe sérieusement. C'est donc un grand tort

et dire aux hypocondriaques : vous n'avez aucune maladie, vous n'avez rien, vous êtes un malade imaginaire, chassez vos idées et vous serez guéri ; c'est là une grande erreur, c'est le raisonnement des gens du monde, mais ce ne peut pas être le raisonnement des médecins.

Les hypocondriaques font porter leurs préoccupa=tions tantôt sur un organe, tantôt sur un autre; tantôt sur le poumon, tantôt sur le cœur, tantôt sur d'autres organes. Il y a des malades qui se croient poitrinaires ; il y a des malades qui croient avoir une maladie de cœur ou des autres organes. Il y a des malades qui s'imaginent avoir la syphilis, qui ont, comme on a dit, la syphiliosobie; pendant des années ils cherchent des remèdes contre la syphilis. Après avoir usé les mercuriaux, l'iodure de potassium et tous les moyens connus, ils cherchent chez les charlatans des ressources qu'ils n'ont pas trouvées chez les médecins.

L'hypocondrie revêt donc des formes diverses au point de vue des organes que le malade croit atteints, mais le fond est toujours le même. Les maladies nerveuses s'accompagnent de sensations douloureuses dans toutes les parties du corps. Voilà la base : l'hypocondrie, maladie générale.

Mais le [illegible] peut venir se greffer l'hypocondrie, maladie mentale.

Il y a des malades chez lesquels l'hypocondrie ne s'arrête pas à ce premier degré et passe à une véritable mélancolie. Les malades passent d'une forme à l'autre insensiblement, par degrés progressifs, d'une façon tout à fait inaperçue et en général par un procédé intellectuel qui est toujours le même. Ils commencent par constater, par analyser leurs douleurs, ils emploient même un vocabulaire complet qui est propre aux hypocondriaques; ne trouvant pas dans le langage ordinaire des mots correspondant à leurs sensations, ils cherchent à en inventer, ou bien ils détournent certains mots de leur sens naturel, pour exprimer leurs sensations, mais peu à peu, au lieu d'attribuer ces sensations à un état maladif, soit à une lésion organique, soit à un état maladif quelconque, ils finissent par se demander si ces sensations ne seraient pas dues à une influence étrangère, si, par hasard ils n'auraient pas été victimes d'un empoisonnement, soit par une substance délétère, soit par une main mystérieuse, par une main inconnue. Et voilà comment les

hypocondriaques passent insensiblement de l'hypocondrie souvent au délire de persécution. Il y a un certain nombre de malades qui commencent par être hypocondriaques, qui, peu à peu, arrivent au délire de persécution. Ils interprètent leurs sensations, et ils les interprètent dans le sens du délire comme les aliénés; ils se croient, selon les époques, persécutés par la police, par le diable; ils se croient empoisonnés ou soumis à une influence étrangère, mystérieuse. Ils arrivent ainsi à la période d'interprétation du délire de persécution dont je vous parlerai dans la prochaine séance.

Mais il en est d'autres qui, au lieu de tourner à cette forme, il en est d'autres qui tournent au contraire à la mélancolie anxieuse. Ces malades se préoccupent de la cause qui peut déterminer ces sensations, et alors ils finissent, comme les autres mélancoliques dont je parlais tout à l'heure, par accuser des influences extérieures, des influences délétères, et ils arrivent souvent à l'idée d'empoisonnement. On met dans leurs aliments des substances nuisibles, des substances imperceptibles, en petite quantité, mais qui, par leur action continue et successive, finissent par altérer leur santé. Alors ces malades, avec idées de mélancolie, arrivent à l'état de mélancolie anxieuse comme

état général, c'est-à-dire qu'au lieu d'être, comme les persécutés, mélancoliques actifs, mélancoliques remuants qui se plaignent, ils arrivent à l'anxiété, à l'état de désespoir, de découragement, à un état de préoccupation pénible, incessante, qui se manifeste par des lamentations, par des gémissements, par une anxiété de tous les instants, de sorte que la mélancolie anxieuse dont je vais vous parler débute souvent, comme le délire de persécution, par l'hypocondrie. C'est en cela que M. Morel a eu raison, dans son traité, de considérer souvent la mélan=colie comme une conséquence dernière de l'hypocondrie. Il y a des hypocondriaques qui commencent par être simplement névrosés et qui arrivent peu à peu à la mélancolie soit sous forme anxieuse, soit sous forme de délire de persécution. C'était un point important à signaler avant d'aborder la mélancolie anxieuse.

La mélancolie anxieuse peut se produire spontanément également sans passer par la voie de l'hypocondrie. Alors, elle est presque toujours inter=mittente, c'est-à-dire qu'elle revient plusieurs fois dans le cours de la vie sous forme d'accès. La plupart des malades à forme anxieuse ont plusieurs accès

semblables dans le cours de leur existence. Les malades commencent, comme tous les mélancoliques, par tomber peu à peu ou assez rapidement dans un état de tristesse sans motif, de tristesse vague. C'est là le premier symptôme : ces malades sont malheureux, ils s'ennuient, ils sont tristes, sans savoir pourquoi. Ils ont conscience de leur délire à cette première période, et la conscience de son état est le caractère capital, très-important dans la mélancolie anxieuse. La plupart des mélancoliques anxieux sont conscients de leur état au moins pendant la première période; ces malades assistent en quelque sorte à la naissance de leur maladie et l'évolution successive de leur maladie; ils s'analysent eux-mêmes comme les hypocondriaques; ils se sentent envahis par ~~une~~ des séries d'idées tristes, involontaires, automatiques qu'ils ne peuvent pas chasser. Il s'établit chez eux une lutte des plus pénibles, lutte des plus incessantes, des plus continues. Cette lutte a été très-bien étudiée par les auteurs religieux au point de vue du scrupule religieux. Il y a des casuistes, des auteurs mystiques qui ont parfaitement étudié certains de ces malades à cette première période. Il y a entre autres un travail fait par un moine espagnol, intitulé : "De la Paix intérieure", un ouvrage religieux dans

lequel ces états sont parfaitement décrits au point de vue du confesseur, du religieux.

Les malades se préoccupent eux-mêmes de ces séries d'idées pénibles qui surviennent involontairement dans leur esprit; ils reconnaissent qu'elles sont fausses, inexactes, exagérées; ils s'accusent eux-mêmes de crimes qu'ils savent ne pas avoir commis, et cependant ils ne peuvent pas repousser ces idées; il y a ce combat intérieur sur lequel les théologiens ont souvent insisté, à savoir que dans l'âme humaine surgissent des idées involontaires, que la volonté ne parvient pas à réprimer, ce qui a fait dire que dans ce cas on n'était pas responsable de la naissance spontanée des idées, qu'on n'était responsable que de la part de volonté qu'on y apportait. C'est un principe en théologie que chacun n'est responsable que lorsqu'il s'arrête volontairement à une idée ou à une série d'idées, au lieu de chercher à les repousser, mais que l'homme n'est pas responsable de la spontanéité des idées qui surgissent involontairement dans sa tête.

Eh bien! ce qui est vrai de l'état normal, l'est bien plus encore de l'état pathologique, dans

lequel l'homme est dédoublé, il y a deux personnalités : il y a d'une part la personnalité morbide, la personnalité automatique dans laquelle surgissent involontairement des idées, des penchants tout à fait inconnus jusqu'alors et que le malade ne peut parvenir à repousser ; il y a d'autre part la personnalité saine qui persiste et qui cherche à combattre cette invasion des idées maladives. Il y a une lutte intérieure des plus pénibles, dont les malades vous rendent compte avec beaucoup de détails et d'une façon très-intéressante. Il y a même de ces malades très-intelligents et qui vous rendent compte de cette lutte intérieure qui dure quelquefois plusieurs mois, quelquefois davantage. Les malades ne peuvent pas chasser ces idées, ces idées les obsèdent, ils sont soumis à une sorte d'automatisme, ils sont obsédés par des idées pénibles, involontaires, ils ne peuvent pas les chasser, s'en débarrasser.

Or, ce qui est vrai des idées, l'est également des sentiments et des impulsions. Il y a des malades du même genre qui ont conscience de leur état au même degré et qui, au lieu d'être envahis par des idées fausses, sont envahis par des impulsions involontaires, ils se sentent poussés à faire le mal, à frapper, à briser, à dire des

injures; ils se sentent poussés à faire des actes mauvais et répréhensibles, qu'ils connaissent eux-mêmes être des actes mauvais et qu'ils ne peuvent pas empêcher, contre lesquels ils ne peuvent pas lutter; il arrive alors une situation morale des plus pénibles et qui est très-fréquente dans cette mélancolie avec conscience; les malades reconnaissent la fausseté de ces idées ou ils reconnaissent ce qu'il a de mauvais et de criminel dans les penchants qui surgissent dans leur esprit; mais tout en le reconnaissant et tout en ayant horreur, ils ne peuvent pas s'empêcher de les éprouver. Alors ils s'accusent eux-mêmes, ils s'accusent d'avoir des idées atroces, des idées épouvantables, de vouloir tuer leur père, leur mère, leurs enfants, d'avoir des idées épou=
=vantables, d'avoir des idées qui ne devraient pas naître chez des personnes honnêtes; ils sont effrayés eux-mêmes, horrifiés comme ils le disent, de ces idées épouvantables qui surgissent en eux, et ils ne peuvent pas les chasser. Il y a là un phénomène analogue à celui qui existe dans le vertige physique au point de vue du précipice; quand on est placé sur une tour élevée, ou à une fenêtre très-élevée, ou sur le haut d'un pont, au bord d'un

précipice, les personnes qui sont atteintes du vertige, c'est un phénomène assez fréquent, ces personnes ont horreur, elles ont peur du vide, elles ont crainte de se précipiter, crainte de tomber et cette crainte est tellement forte qu'elles se sentent en quelque sorte attirées par le précipice qu'elles redoutent. Eh bien! cette même situation tout à fait instinctive, involontaire qui existe physiquement dans le vertige, existe moralement dans ces mélancolies avec conscience. Les malades qui ont cette mélancolie avec conscience de leur état, se sentent attirés malgré eux vers l'acte ou vers l'idée qu'ils repoussent, ils ont horreur du crime qu'ils sont portés à commettre, ils ont horreur de l'idée de tuer leur père, leur mère, leur femme, leurs enfants, ils sont révoltés à cette pensée, et cependant ils se sentent poussés malgré eux à l'accomplir avec d'autant plus de violence qu'ils en ont eu une plus grande terreur. Il y a une sorte d'action et de réaction, d'attraction et de répulsion, qui est une loi du monde moral comme du monde physique; de même que dans l'électricité il y a action et réaction, le pôle positif et le pôle négatif, de même dans le monde moral au point de vue des idées et des penchants il y a cette même loi morale,

à savoir qu'on est d'autant plus attiré vers une chose qu'on la redoute davantage. c'est une loi physiologique mais qui se rencontre dans cet état pathologique. Les malades vous rendent compte, d'une façon navrante, de leur situation morale dans laquelle ils sont pendant des mois et pendant des années.

Le premier degré de mélancolie anxieuse peut recevoir le nom de mélancolie avec conscience de son état, c'est une variété en quelque sorte dans l'esprit, mais ce n'est pas la variété la plus habituelle. La variété la plus habituelle a des manifestations extérieures plus bruyantes et plus délirantes; la variété la plus habituelle est celle à laquelle M. Morel a donné le nom de gémisseurs. Ce sont des malades qui ont besoin de gémir, besoin de se plaindre. Ils ne peuvent pas rester en place, ils ne peuvent pas s'asseoir; lorsqu'ils sont assis un instant, ils éprouvent immédiatement le besoin de se lever et de se promener de long en large comme des âmes en peine; ces malades passent des heures entières dans cette attitude, dans une chambre ou dans une salle, se promenant de long en large sans jamais ressentir le sentiment de la fatigue et sans jamais éprouver

le besoin de s'asseoir ou de se reposer ou de s'arrêter. C'est le contraire des autres mélancoliques. Comme les autres mé=lancoliques ils ont des idées religieuses, des idées de persé=cution, des idées de culpabilité; sous le rapport des idées dominantes, ils se rapprochent des autres mélancoliques, mais au point de vue de l'état général, ils sont complètement différents. Ils ont besoin de se remuer, d'agir et de parler, de répéter les mêmes mots, les mêmes phrases, les mêmes expressions et les mêmes gestes, les mêmes gémissements et les mêmes lamentations. Lorsqu'on a vu ces malades pendant un quart d'heure, une demi-heure, on les a vus en quelque sorte pendant tout leur accès. Ce sont exactement les mêmes avec de simples différences de degré. Il y a des moments où sous le poids de la fatigue, ils peuvent s'arrêter momentanément, mais ces moments sont très-courts, et ils ne tardent pas à recommencer leur mouvement perpétuel; et alors même qu'on les maintient aux lit malgré eux, ils continuent non pas à marcher mais à gémir et à se lamenter, soit à voix basse, soit d'une manière plus intense et plus bruyante. Le degré diffère dans les manifestations, mais les actes sont les mêmes. Les malades ont besoin de gémir, de se lamenter, de se

plaindre, de répéter incessamment les mêmes mots, les mêmes phrases, les mêmes idées, ils ne sortent pas d'un cercle très-restreint d'idées, leur délire est extrêmement partiel. Si on parvient à les faire parler sur d'autres sujets, on voit qu'ils n'ont pas perdu l'intelligence, qu'ils sont des mélancoliques et non pas des déments, mais dans l'état habituel, ils répètent les mêmes choses les mêmes phrases absolument comme s'ils avaient perdu leur l'intelligence. Ce sont des mélancoliques anxieux.

Cet état est important à distinguer des autres formes mélancoliques; à plusieurs points de vue, surtout au point de vue de la marche. Ces malades ont une maladie dont la marche est à peu près continue, sauf des différences de degré assez légères, elle dure très-long temps de la même façon, avec les mêmes manifestations. Toutes les fois qu'un malade présente franchement cette forme de mélancolie anxieuse, il la présente pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. Mais d'autre part, après avoir présenté cette forme pendant long temps le malade est curable, le malade guérit et il guérit

très rapidement. Après un très-long temps passé dans cet état de mélancolie anxieuse, avec tous les apparences de l'incurabilité, ces mélancoliques peuvent, en huit jours, quinze jours revenir à l'état normal, quelquefois plus vite : ils semblent alors qu'ils sortent d'un rêve, d'un cauchemar, qu'un voile leur tombe des yeux, ils rentrent dans la vie générale de l'humanité. Sous ce rapport la mélancolie anxieuse ou mélancolie intermittente présente les mêmes caractères que je vous ai déjà indiqués pour la manie intermittente : l'invasion a été rapide, la maladie a présenté les mêmes caractères pendant toute la durée, et lorsque survient la guérison, elle est rapide, et survient comme si on sortait d'un rêve, comme si une toile tombait de devant les yeux d'une façon rapide, instantanée, comme quand on sort d'un cauchemar.

Il y a également quelques caractères physiques en rapport avec cet état mental. Le principal de ces caractères consiste en tremblements plus ou moins généraux, tremblements des membres qui reviennent comme par accès. La plupart des malades, des mélancoliques anxieux ont des phénomènes choréiformes, sous forme d'accès, qui représentent quelquefois un tremblement plus intense

que le tremblement alcoolique, mais c'est un tremblement général de tout le corps, des espèces de spasme, de mouvements involontaires qui durent quelquefois longtemps et qui peuvent rester longtemps sans se reproduire.

Il y a également, dans les troubles physiques, des troubles de la digestion, il y a certains de ces malades qui refusent les aliments, avec lesquels on est obligé d'employer la sonde oesophagienne et qui cherchent à se détruire par le refus absolu des aliments.

Il y a dans la mélancolie anxieuse des caractères généraux qui peuvent s'appliquer à toutes les mélancolies. Mais ce qui la distingue c'est le besoin de se plaindre, de se lamenter, de gémir, et ce qui la distingue encore c'est la curabilité plus grande et sa reproduction fréquente sous forme d'accès. C'est une maladie curable, mais c'est une maladie intermittente, dans la plupart des cas, à long intervalle; il peut y avoir dix, douze ans d'intervalle entre plusieurs accès.

Mr. le Docteur Morel, à la suite de l'invasion, en 1871 ou 1872, a publié, dans les Annales, un mémoire

sur les aliénés gémisseurs, et il a signalé des observations qu'il avait faites pendant le siége et la guerre sur des malades qui présentaient cette forme de mélancolie et dont plusieurs ont guéri. Cela vint à l'appui de ce principe général que cette forme est curable, et qu'elle est curable après un long temps de maladie. Je pourrais insister beaucoup plus sur cette forme de maladie et surtout de mélancolie avec conscience, mais je suis obligé de passer outre pour arriver à la seconde forme qui mérite de nous arrêter plus long temps, c'est la mélancolie dépressive aboutissant plus ou moins à la stupeur.

Le fond de cette mélancolie c'est l'inertie, c'est la prostration de toutes les forces physiques et morales. Les malades se sentent faibles, impuissants à agir; ils ont besoin de repos, besoin de repos poussé tellement loin que quelquefois non-seulement ils restent assis, mais ils gardent le lit; lorsque ces malades sont abandonnés à eux-mêmes dans les familles, lorsqu'ils ne sont pas soumis à la règle d'un asile d'aliénés, on les trouve presque toujours au lit, ils s'enferment dans leur chambre, et ils ne veulent voir personne et ils restent au lit pendant un temps souvent très-long.

Cette prostration physique est quelquefois le phénomène dominant de la maladie et constitue alors ce qu'on a appelé la mélancolie sans délire. Il y a des malades qui présentent seulement cet affaissement de toutes les facultés; ils sont tristes sans savoir pourquoi, ils se sentent malheureux, ils souffrent moralement, ils ont le dégoût de la vie, quelquefois une tendance au suicide par suite de cet ennui, de ce tædium vitæ, mais ils n'ont pas d'idées délirantes déterminées. Il y en a quelques-uns ~~dans~~ chez lesquels on ne découvre aucune des idées dominantes qui sont habituelles chez les mélancoliques. Ils sont simplement tristes, ils ont ce que M. Baillarger a appelé la mélancolie générale sans idée prédominante. Or, cette variété qui est très-fréquente se rencontre très-souvent comme période de la folie à double forme ou folie circulaire. Dans cette folie circulaire dont j'ai décrit la période d'excitation, l'autre période de mélancolie se présente presque toujours sous forme de mélancolie dépressive simple, sans conceptions délirantes déterminées. Dans la folie à double forme la période est dépressive, les

malades sont fatigués, immobiles, ils restent assis, ils ne parlent pas, ils profèrent à peine quelques paroles, ils ne répondent pas quand on leur parle, ils restent dans la même attitude, ils ne lèvent pas la tête, ils ont les yeux baissés. ils sont dans l'immobilité physiquement et moralement, et cependant ils entendent tout ce qu'on dit autour d'eux et ils assistent à la vie du monde extérieur, et la preuve c'est que quand ils reviennent à la période d'excitation, ils racontent parfaitement tout ce qui s'est passé pendant leur période de torpeur; ils ont l'air de dormir, de sommeiller, mais leur esprit veille et ils assistent à toutes les choses du dehors. C'est à ce degré que se trouve la mélancolie, dans la folie circulaire; cette mélancolie dure souvent très-longtemps, plus longtemps que dans la période maniaque; dans la folie circulaire, la mélancolie est plus longue que dans la période maniaque. Cet état de dépression simple se rencontre dans d'autres formes de maladies mentales; on peut l'observer dans d'autres formes que dans la folie circulaire. Cette forme se présente souvent, à l'âge critique, surtout chez les femmes; il y a un certain nombre de femmes qu'on enferme dans les asiles d'aliénés et qui présentent cet état particulier auquel on a donné

le nom de mélancolie sans délire, c'est-à-dire mélancolie dépressive simple. A l'âge critique, les femmes tombent dans la tristesse, elles se croient incapables de tout, elles abandonnent les soins du ménage, elles cessent de faire des visites, de s'occuper de l'intérieur, elles restent dans leur chambre, dans leur lit, dans l'inaction la plus complète, sans idée, sans mouvement, sans proférer une parole, refusant les aliments mais sans manifestation délirante accentuée.

Cet état peut durer plusieurs mois et même davantage et guérir, la malade revenir à elle-même après un accès plus ou moins prolongé de mélancolie dépressive.

Mais dans d'autres cas la mélancolie dépressive ne reste pas à ce degré, ce n'est qu'une période de la mélancolie avec stupeur, laquelle n'est qu'un degré de plus de la dépression; il y a des malades qui après avoir passé par cette première phase de mélancolie dépressive arrivent peu à peu à une véritable stupeur, à une stupeur tellement prononcée qu'on a cru à la suppression, en quelques cas, de l'intelligence, à la suspension de l'intelligence.

La mélancolie avec stupeur a été très-étudiée, elle a été l'objet de beaucoup de travaux, soit en France, soit à l'étranger. Elle était connue même chez les anciens et elle a été très-étudiée par les modernes. La mélancolie avec stupeur se produit dans des conditions très-diverses; elle a lieu, comme je viens de vous le dire, à la suite des mélancolies dépressives, mais elle se produit souvent dans d'autres conditions; elle est fréquemment la conséquence d'une maladie générale d'une maladie physique de la fièvre typhoïde, de ~~maladies~~ fièvres intermittentes, de fièvres des pays chauds, ou autres maladies générales; d'autres fois elle est la conséquence d'un état anémique ou d'une grande déperdition sanguine, d'une grande déperdition nerveuse; à la suite de grandes fatigues, de grands excès, de grandes épreuves, à la suite d'une situation extrêmement difficile et longtemps prolongée, on tombe dans la stupeur par suite de déperdition de forces nerveuses ou de forces sanguines.

Dans d'autres cas la mélancolie avec stupeur survient plus rapidement à la suite d'une cause morale très-vive, (comme l'épilepsie), à la suite d'une terreur, d'une frayeur très-intense, d'une émotion très-vive; on a vu cette mélancolie se produire à la suite d'une joie excessive, de même qu'à la suite d'une terreur panique; c'est comme

dans l'épilepsie qui succède à une cause rapide, instantanée. Vous voyez que les causes sont très-diverses, mais quelle que soit la cause en général il y a une première période qui ressemble à l'état maniaque, une période d'excitation, et il importe beaucoup de savoir ce fait, il y a des malades qu'on observe dans les asiles d'aliénés qui sont atteints de stupeur, qui ont commencé par une période maniaque, par une période d'excitation; de même que dans une autre leçon, je vous disais que beaucoup de manies débutaient par la mélancolie, il y a des mélancolies qui débutent par la manie. Il y a de ces malades qui ont été agités et considérés comme maniaques; l'état de stupeur a été consécutif à l'état de maladie mentale sous forme générale; dans d'autres cas, la stupeur succède à une névrose, à l'hystérie, à l'épilepsie; il y a des épileptiques et surtout des hystériques qui aboutissent à la stupeur. En parlant de l'hystérie, ~~j'ai dit~~ je vous ai dit que M. Morel avait observé que certaines jeunes filles, après avoir été maniaques, jeunes filles, tombaient dans la stupeur qui est très-grave.

La mélancolie avec stupeur a donc des

origines diverses, mais une fois caractérisé, une fois installée, elle a des caractères constants et presque toujours les mêmes. Le premier de ces caractères, c'est l'immobilité. Les malades qui sont dans la stupeur ne font pas un seul mouvement volontaire ou en font très-peu. On est obligé de les habiller comme des enfants, on est obligé de les nourrir en leur intro=duisant les aliments dans la bouche; on est obligé de les soigner comme des enfants au maillot, de les sortir du lit, de les habiller, de veiller pour eux à tous les soins de propreté. L'individu est comme transformé en statue, comme pétrifié; non-seulement il ne parle pas, mais il n'agit pas. Les mouvements volontaires sont presque nuls ou du moins très-peu nombreux. C'est là le degré le plus prononcé de la stupeur.

Mais il y a des degrés intermédiaires. Il y a des malades qui tout en ne parlant pas, tout en n'agissant pas, font néanmoins certains mouvements. Dans les asiles d'aliénés on trouve divers degrés de stupeur corres=pondant à ces diverses étapes, en quelque sorte, dans la maladie. On a cru pendant longtemps que cet état extérieur d'inertie et d'immobilité comportait une absence complète d'activité intellectuelle; les malades ne manifestant rien

on a cru qu'ils ne pensaient pas, que le travail de la pensée était complètement immobile chez eux et qu'ils étaient arrivés à une sorte d'idiotisme accidentel. Ce n'est pas exact. Mr. Baillarger dans un mémoire sur la Stupidité, publié en 1843, a démontré le contraire. Il s'est appuyé pour cela sur trois ordres de preuves; d'abord, sur les paroles, et sur les actes auxquels ces malades se livrent de temps en temps. Lorsqu'on observe ces aliénés dans les asiles attentivement pendant le jour et la nuit, qu'on les suit pendant longtemps, on s'aperçoit qu'il y a des moments où ces malades si immobiles et si silencieux ont néanmoins des manifestations inattendues, il y a des malades de ce genre qui sont ordinairement assis dans un coin, la tête baissée, sans mouvement et qui tout à coup se lèvent pour prendre un verre, un objet, pour prendre un couteau, frapper une personne présente, s'emparer d'un bâton et se livrer à des actes violents ou prononcer quelques paroles. Or, si on est présent à cette manifestation, on constate que ces paroles, que ces actes, expriment presque toujours des préoccupations pénibles, des préoccupations terrifiantes; ces malades sont des

mélancoliques et des mélancoliques terrorisés qui sont sous l'empire de la crainte, de la frayeur, et réagissent violemment soit contre les personnes, soit contre les objets inanimés. On a vu des malades accomplir des tentatives même de suicide dans ces conditions, alors qu'ils paraissaient incapables de mouvement rationnel ou réfléchi. Ils sont capables de se tuer, de tuer alors qu'ils paraissent inertes et réduits à l'état de stupidité absolue. Il importe beaucoup au point de vue de la surveillance de connaître ces manifestations inattendues et subites des aliénés avec stupeur. Mr. Baillarger fait observer avec raison que ces actes et ces paroles surviennent surtout chez les femmes à l'époque des règles. Il y a des malades qui, à l'époque de la menstruation, manifestent des actes violents, instantanés, alors que pendant le reste de l'existence, elles sont tout à fait inertes et incapables d'agir. Mais même chez les hommes on observe les mêmes faits en dehors de cette cause occasionnelle particulière.

M. Baillarger a tiré un ordre de preuves et plus important de l'examen des convalescents. Cette maladie est assez curable. Les malades qui sont en voie de guérison peuvent quelquefois raconter ce qu'ils ont éprouvé

pendant leur maladie, et assez souvent ils ont conservé un souvenir assez exact de leur état pour pouvoir en rendre compte au moins d'une manière générale. Tous ces malades racontent que pendant qu'ils paraissaient immobilisés et incapables de penser, ils étaient immobilisés par la terreur, par les craintes, par les conceptions délirantes et par les hallucinations qui les dominaient, de sorte que l'immobilité était le fait apparent, mais que la cause était extrêmement variable. Les malades n'étaient immobiles, comme pétrifiés, momifiés, mais en vertu d'une cause psychique, en vertu d'une idée, en vertu d'hallucinations; ils racontent qu'ils voyaient des fantômes, des spectres, qu'ils croyaient entendre des voix effrayantes, qu'ils se croyaient en butte à des persécutions atroces, qu'ils entendaient la voix du diable, qu'ils entendaient des voix effrayantes qui les obligeaient à l'immobilité et qui les terrorisaient; dans d'autres cas ils se croyaient transportés dans un monde imaginaire; ils se croyaient en enfer, dans une île déserte, dans un pays inconnu ou dans des situations extrêmement périlleuses, perdus dans des

grottes, au milieu des catacombes, dans des situations atroces et effrayantes, ne tenant aucun compte du monde réel qui les entourait, ou des lieux où ils étaient. Presque tous les malades atteints de mélancolie avec stupeur ont un délire intérieur et d'une nature mélancolique; ce ne sont donc pas des malades atteints de stupidité, mais ce sont des mélancoliques avec stupeur; il y a un délire mélancolique, des idées délirantes déterminées, prédominantes, au milieu de cet état général d'affaissement et de stupeur. Il faut donc distinguer deux choses dans cet état: l'état général de dépression et de stupeur, et les idées mélancoliques qui germent sur ce fond maladif et qui s'y développent. Ces idées se manifestent très-peu pendant la durée du mal et elles peuvent passer inaperçues, mais on les constate dans la convalescence, et les malades eux-mêmes racontent ce qu'ils ont éprouvé, quand ils arrivent à la guérison. C'est un résultat très-important auquel a conduit le travail de M. Baillarger, confirmé depuis par des études ultérieures. On a fait des mémoires, des thèses sur la mélancolie avec stupeur, et tous les auteurs ont constaté ce même fait général.

Les mélancolies avec stupeur s'accompagnent de symptômes physiques très-caractérisés: ce sont les

symptômes que je vous ai déjà décrits à propos de la mélancolie en général, mais qui sont plus intenses, plus caractérisés encore dans les mélancolies avec stupeur. Les malades ont une circulation, une respi=
=ration extrêmement ralenties. C'est à peine s'ils respirent, on ne voit pas leur poitrine se soulever; les respirations sont très-lentes, très-rares et sont quelquefois remplacées par de gros soupirs qui surviennent de temps en temps pour suppléer à la respiration insuffisante. Quant à la circulation, elle est extrêmement ralentie, le pouls se sent à peine, il est très-déprimé, et la circulation est si incomplète et si imparfaite que les extrémités sont bleuâtres, froides et ~~[illegible]~~ œdematiées. Les pieds et les mains sont tellement refroidis qu'on est obligé de les entourer de flanelle ou de laine pour les préserver contre le froid et même la congélation dans certaines conditions atmosphériques. La circulation est très-ralentie, les extrémités sont froides et ~~[illegible]~~ œdematiées; il en est de même de la face et de toutes les parties du corps, mais surtout de la physionomie. Les malades paraissent âgés, vieillis, et ceux qui les ont connus ne les reconnaissent plus, les traits sont altérés, le regard est terne, sans expression

et la figure est méconnaissable, la circulation, surtout la circulation capillaire se fait très-lentement. Il y a un trouble notable également dans ~~la circulation~~ les fonctions digestives, un dégoût profond pour les aliments, ils n'ont pas d'appétit, on est obligé de les nourrir en introduisant les aliments dans la bouche, soit avec une cuillère, soit même avec la sonde œsophagienne, car il y a certains de ces malades qui serrent les dents avec une telle violence qu'il est impossible de leur ouvrir la bouche. Cependant, dans la plupart des cas, on parvient à faire manger les malades par la bouche, mais il faut une grande patience. Il y a des malades que l'on a nourri dans ces conditions pendant des mois et des années. On a cité des exemples de malades nourris pendant très-long temps avec la sonde œsophagienne, mais la nutrition se fait très-mal; il survient quelquefois des diarrhées inquiétantes, mais certains malades peuvent résister et arriver même à la guérison après une très-longue durée de refus de tout aliment. Lorsque la mélancolie avec stupeur arrive à ce degré, elle est souvent confondue avec d'autres états nerveux. On l'a souvent confondue avec l'extase et la catalepsie. Il y a dans la science un grand nombre d'exemples de prétendues catalepsies qui ne sont

pas autre chose que la mélancolie avec stupeur. On a rapporté des exemples d'extases qui ne sont que la mélancolie avec stupeur; nous en observons aussi tous les jours dans les asiles. Il y a quelques années, il y avait à Bicêtre, dans le service de M. Legrand-du-Saulle, un malade extrêmement remarquable sous ce rapport, auquel on avait donné le nom de dormeur de Bicêtre, dont les journaux ont parlé à cette époque et dont l'observation a été rapportée par M. Legrand-du-Saulle dans les Annales médico-psychologiques. Il avait commencé par des idées mystiques, il est arrivé au mutisme absolu et à l'immobilité complète; il était dans son lit étendu de tout son long dans l'immobilité la plus absolue et ne faisant ni jour ni nuit aucun mouvement volontaire; on le retournait dans son lit comme un cadavre; on pouvait lui imprimer tous les mouvements qu'on voulait, aux bras, aux jambes et jamais on ne constatait chez lui de mouvement volontaire; il semblait être à ce point de vue en état cataleptique, d'autant plus qu'il dans l'insensibilité physique la plus complète; on pouvait le pincer, le torturer de toutes les manières, il ne se livrait à aucun

mouvement, comme chez les cataleptiques, mais ce qui le différenciait de la catalepsie vraie, c'est que le symptôme catalepsie n'existait pas. Le symptôme est que quand on met un membre dans une attitude déterminée, il reste indéfiniment dans cette même attitude, quelle que soit la position même difficile que l'on imprime aux membres ou au corps tout entier. Eh bien! ce malade n'était pas dans ce cas; les bras soulevés retombaient sur le lit, de même des jambes. Il n'avait pas les symptômes catalep=tiques. De plus, de temps en temps il se réveillait pendant quelques minutes pour exprimer des idées délirantes. Ce fait s'est produit rarement, mais d'une manière suffisante pour prouver qu'il y avait un délire intérieur qui précédait, absolument comme dans la mélancolie avec stupeur. Enfin, dans les catalepsies vraies, la maladie est ordinai=rement très intermittente. Chez les véritables cataleptiques il y a des accès plus ou moins prolongés dans lesquels le malade est inerte, insensible, étranger au monde extérieur, mais après un certain temps passé dans cet état, il se réveille et revient à l'état normal pour revenir à un nouvel accès. La catalepsie est intermittente avec accès, elle n'est pas continue comme la mélancolie avec stupeur. Il y a

un grand nombre d'autres caractères qu'on pourrait énumérer pour faire le parallèle entre la catalepsie vraie et la mélancolie avec stupeur, mais j'ai voulu ~~vous~~ seulement signaler cette confusion de diagnostic qui a lieu fré=quemment ; on a pris des cas de mélancolie avec stupeur pour des exemples de catalepsie.

Cette mélancolie avec stupeur se produit également à la suite de l'épilepsie et surtout à la suite de l'hystérie, comme je vous le disais. Il y a certaines hystériques qui, après avoir présenté des accès de manie rémittente, avec guérison momentanée, arrivent, après plusieurs années, à un véritable état de stupeur accompagné souvent de salivation. Ces malades sont ordinairement très-gravement atteintes. Il ne faudrait pas considérer cette variété de stupeur comme aussi favorable que les autres. Lorsque la stupeur survient à la suite de la manie hystérique, elle a ordinairement une grande gravité, et ces malades, souvent jeunes de 20 à 25 ans, ne guérissent pas ; elles restent dans les asiles d'aliénés indéfiniment, et ne suivent pas la marche des autres mélancoliques avec stupeur. Il importe donc beaucoup d'établir ce diagnostic.

Il en est de même des stupeurs qui succèdent aux fièvres typhoïdes. On a dit que le délire succédant à la fièvre typhoïde était plus curable. Ceci peut être vrai pour le délire typhoïde proprement dit, mais ce n'est pas vrai des folies consécutives à la fièvre typhoïde. Quand un malade, après la fièvre typhoïde, est atteint d'une folie chronique, cette maladie est souvent très-peu curable, et dans les asiles on voit des malades depuis 15 ans, 20 ans, et dont la maladie doit son origine à la fièvre typhoïde.

Ce qui est vrai de l'état maniaque, l'est de l'état mélancolique. Les mélancolies avec stupeur qui succèdent à la fièvre typhoïde sont beaucoup moins curables que les autres.

A part ces deux exceptions, celle qui suit la fièvre typhoïde et celle qui suit l'hystérie, la mélancolie avec stupeur est souvent curable, malgré la longue durée du mal. Il y a des malades atteints pendant deux ans, trois ans, dix ans, de mélancolie avec stupeur qui guérissent. Il y a des exemples extrêmement remarquables de mélancolie avec stupeur et malgré cela suivie de guérison. Il ne faut jamais désespérer de la guérison d'un malade atteint de mélancolie avec stupeur, à moins qu'il n'appartienne à

l'une des deux catégories que je vous indiquais tout à l'heure. Cette maladie est très longue en durée, reste au même degré pendant des années sans modification apparente, sans modification sensible, mais elle n'est pas aussi incurable qu'elle le paraît au premier abord, et beaucoup de cas de mélancolie avec stupeur guérissent, malgré la longue durée, malgré l'ancienneté de la maladie. Cependant ils ne guérissent pas tous; il y a des malades qui restent malades pendant toute leur vie, mais c'est une des formes de mélancolie qui est le plus curable.

On a employé contre la mélancolie avec stupeur les moyens thérapeutiques les plus énergiques, non-seulement l'opium, le datura, les médicaments internes les plus variés, mais les moyens externes, les moxas, les cautères avec la potasse, les moyens les plus énergiques, les cautérisations par le fer rouge, l'hydrothérapie, l'électricité. On a soumis les malades à de véritables tortures thérapeutiques, et souvent on est arrivé à la guérison. La mélancolie avec stupeur étant plus curable, on s'acharne davantage à la guérison, mais cependant il y a des cas qui restent incurables malgré tous les moyens, mais c'est une forme de maladie dans laquelle réussissent

souvent les moyens énergiques. On a étudié l'anatomie pathologique de ces formes de maladies mentales et on a cru trouver dans les autopsies un caractère constant. Mr. Etoc de Mazy, dans sa thèse, en 1834, a noté ce fait que dans les cas de mélancolie avec stupeur, il y avait toujours un œdème du cerveau, une compression de la surface du cerveau par une sécrétion aqueuse très-abondante, œdème du cerveau qui siégerait entre les méninges et la substance corticale. Cet état a été rencontré souvent dans l'état de mélancolie avec stupeur, mais les auteurs qui ont voulu vérifier le fait ne l'ont pas constaté dans tous les cas. Par conséquent ce fait n'est pas constant et il ne peut pas être donné comme signe pathognomonique, mais il est assez fréquent pour mériter d'être signalé. Il est certain que les malades restés long temps dans la stupeur et qui meurent dans cet état présentent souvent des œdèmes de cerveau, une infiltration séreuse qui existe surtout à la surface des circonvolutions et dans les méninges. Cela doit donc être signalé dans la mélancolie avec stupeur.

Vous voyez que je suis obligé d'abréger parce que le temps me presse, mais j'ai cherché à vous donner une idée rapide des deux variétés principales de la mélancolie, la

mélancolie anxieuse et la mélancolie dépressive aboutissant à la stupeur. Il me reste maintenant à vous parler de la 3e variété que j'ai appelée la mélancolie active ou monomanie triste, c'est-à-dire le délire avec idées prédominantes de nature triste, mais avec un fond d'activité, d'activité raisonnée, d'activité ayant un but, ce qui la différencie de l'activité anxieuse indéterminée et sans but. Cette étude fera l'objet de la prochaine leçon ; nous prendrons comme type le plus fréquent de cet état ce que l'on appelle le délire de persécution ; c'est une forme de maladie mentale très-fréquente, très importante et qui mérite d'être étudiée spécialement dans une leçon distincte. C'est la forme la plus fréquente des maladies mentales, si vous éliminez d'une part la paralysie générale, et d'autres parts les états alcooliques et épileptiques, vous trouverez dans les asiles d'aliénés un tiers de malades atteints de délire de persécution. Cet état mérite donc une étude spéciale qui constituera l'objet de la prochaine séance, avec la description de la 3e variété de la mélancolie ou de la mélancolie active.

